

K.K.T.C
YAKINDO ÜNİVERSİTESİ
SALIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

AMEL YATHANE EK B N N GÜVENLİ CERRAHİ KONUSUNDA
GÖRÜŞ VE UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ

Gülşah BEKTAŞ

Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA

2015

K.K.T.C
YAKINDO U ÜN VERS TES
SA LIK B L MLER ENST TÜSÜ

AMEL YATHANE EK B N N GÜVENL CERRAH KONUSUNDA
GÖRÜ VE UYGULAMALARININ BEL RLENMES

Gül ah BEKTA

Hem irelik Programı
YÜKSEK L SANS TEZ

TEZ DANI MANI
Doç. Dr. Ümran Dal

LEFKO A

2015

ONAY SAYFASI

Sa lık Bilimleri Enstitüsü Müdürlü ü'ne;

Bu çalı ma, jürimiz tarafından **HEM REL KTE YÜKSEK L SANS PROGRAMINDA B L M UZMANLI I TEZ** olarak kabul edilmi tir.

Jüri Ba kanı :.....
(Prof. Dr.Nurhan Bayraktar)

Zirve Üniversitesi

Üye (Danı man) :.....
(Doç. Dr. Ümran Dal)

Yakın Do u Üniversitesi

Üye :.....
(Yrd. Doç. Dr. Belkıs Karata)

Yakın Do u Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Yakın Do u Üniversitesi Lisansüstü E itim-Ö retim ve Sınav Yönetmeli i'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmü ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmi tir

.....
Prof. Dr. hsan ÇALI
Sa lık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TE EKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince çalışmamın her aşamasında sabrı, hoşgörüsü,
anlayışı ve özverişi ile yanımda olan, ilgisi, desteği ve yardımını esirgemeyen,
bilgi ve deneyimleriyle beni yönlendiren değerli
hocam ve danışmanım Sayın Doç. Dr. Ümran Dal'a,

Tez izleme jürimde bulunarak bana destek veren hocam,
Sayın Prof. Dr. Nurhan Bayraktar ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Belkıs Karataş'a

Araştırmam sırasında yardım ve desteklerini gördüğüm ameliyathane ekibine,

Tüm eğitimim boyunca bir an olsun maddi ve manevi desteklerini benden
esirgemeyen her zaman yanımda olan hayatı ve hayata tutunmayı öğreten,
evlatları olmaktan gurur duyduğum
canım babam ve anneme,

Te ekkürlerimi sunarım...

Gülşah Bektaş

K.K.T.C/2015

ÖZET

Bekta , G., Ameliyathane Ekibinin Güvenli Cerrahi Konusunda Görü ve Uygulamalarının Belirlenmesi, Yakındo u Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü Hem irelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Lefko a, 2015

Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır" projesi kapsamında olu turulan "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi" (GCKL) ile cerrahide güvenli in sa lanması hedeflenmi tir.Bu ara tırma ameliyathane ekibinin güvenli cerrahi konusunda görü ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmı tur. Ara tırmanın evrenini 10 Aralık 2014 – 10 ubat 2015 tarihleri arasında çalı maya izin verilen KKTC' deki Devlet Hastaneleri (Gazima usa, Lefko a Dr. Nalbanto lu, Girne Dr. Akçiçek) ve Yakın Do u Üniversitesi Hastanesi'nin ameliyathanelerinde görev alan 87 cerrah, 50 hem ire, 10 anestezi teknikeri, 13 anestezi, 10 anestezi hem iresi, 7 cerrahi teknisyen olmak üzere 177 ki i olu turmu tur. Toplamda 177 ki i olan ameliyathane ekibinden bir kısmının çalı maya katılmayı kabul etmemesi, yıllık izin, rapor gibi nedenlerden dolayı çalı maya katılmaması dı nda 120 ki iye ula ılarak çalı ma yapılmı tur. Veriler; ameliyathane ekibinin tanımlayıcı özelliklerini içeren bir soru formu ve ekibin güvenli cerrahi kontrol listesi hakkındaki görü lerini ve uygulamalarını içeren soru formu ile toplanmı tur. Bütün verilerin sayı, yüzdelikleri hesaplanarak ve veriler %95 güven aralı nda de erlendirilmi olup grupta de i kenleri oran ya da yüzde olarak alınmı tur. Ara tırma sonucunda ameliyathane ekibinin ço unlu unun (%87.5) GCKL'nin hasta güvenli ine katkısı oldu una inandıkları saptandı. Listenin tüm maddelerinin yanıtladı nı belirten cerrahi ekip üyelerinin ço unlukta oldu u saptandı. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinde en çok uygulanan maddelerin; hastanın açıklık durumunun kontrol edilmesi (%99.2), hastanın alerji öyküsünün sorgulanması (%98.3); alet, spanç/kompres ve i ne sayımı yapılması (%100.0), ameliyatta kullanılacak malzemelerin ameliyat öncesi hazırlanması (%96.7), sterilizasyonunun sa lanması (%100.0) ve ameliyat sonrası hastanın transfer edilece i bölümün teyit edilmesi (%97.5) oldu u belirlendi. "Ameliyat Kesisinden Önceki Kontrolleri" nin uygulanması, ekip üyelerinin kendilerini ve görevlerini tanıtmaları (%59.2) ve hastanın kimli inin, gerçekleştirilen ameliyat ve ameliyat bölgesinin do rulanmasının (%66.7) ise listenin en az uyum sa lanan maddeleri oldu u bulundu. Tıbbi hata olu um nedenlerinin ba nda ise; hem ire sayısının az olması (%53.3), a rı i yükü (%70.0) ve ekip içi ileti im eksikli i (%50.8) gelmektedir. Bu sonuçlara göre ameliyathanede güvenli cerrahiye sa lamaya yönelik uygulamaların güvenli cerrahi kontrol listelerinin hastanelerin tümünde gerçekleştirildi i ancak yapılmayan uygulamaların da azımsanamayacak ölçüde güvenli cerrahiye tehdit edebilece i söylenebilir. GCKL'ne uyumu arttırmaya yönelik girişimlerin planlanmasıyla tıbbi hataların azalmasında katkı sa layaca ı dü ünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Ameliyathane, güvenli cerrahi, güvenli cerrahi kontrol listesi, tıbbi hatalar, hem irelik

ABSTRACT

Bekta , Gül ah, Determination of the Views and Practices by the Operating Room Team on the Subject of Safe Surgery, Master's Degree Thesis from the Nursing Program at the Institute of Health Sciences of the Yakın Do u University, Nicosia, Turkish Republic of Northern Cyprus, 2015

It was aimed to provide safety in surgery with the “Safe Surgery Checklist” (SSCL), which was constituted within the scope of the “Safe Surgery Saves Lives” project. This definitive study was made with the objective of determining the views and practices by the operating room team on the subject of safe surgery. The setting of the study was composed of a total of 177 persons, with 87 surgeons, 50 nurses, 10 anesthesia technicians, 13 anesthesiologists, 10 anesthesia nurses and 7 surgical technicians who served at the State Hospitals in Famagusta, Nicosia Nalbanto lu and Kyrenia Akçiçek and at the Yakın Do u University Hospital in the Turkish Republic of Northern Cyprus, which gave permission for the study that was carried out between 10 December 2014 and 10 February 2015. Out of the total of 177 persons, other than a portion of the operating room team, which did not accept to participate in the study, or due to reasons, such as annual leave or on sick leave, 120 persons were reached and the study was made. The data were collected with a questionnaire form (Appendix II) containing the definitive attributes of surgeons, anesthetists, nurses and technicians and the questionnaire form (Appendix III) containing the views and practices about the safe surgery checklist of the team. All of the data were evaluated by calculating the numbers and percentages with a 95% confidence interval and the ratio or percentage of the grouping variables was made. At the conclusion of the study, it was determined that a majority of 87.5% of the operating room team believed that the SSCL contributed to patient safety. It was determined that a majority of the surgical team members responded to all of the items on the list. It was determined that the items practiced the most on the SSCL were checking the fasting situation of the patients at 99.2%, questioning the history of allergy in the patients at 98.3%, making an instrument, sponge/compress and needle count at 100.0%, preparing before the surgical operation the materials that would be used in the operation at 96.7%, providing for sterilization at 100.0% and confirming the section where the patient would be transferred post-operatively at 97.5%. It was found that the items on the list with the least compliance were the practice of “Checking Prior to Surgical Incision” and confirming all team members have introduced themselves by name and role at 59.21% and confirming the patient's name, procedure and where the incision will be made at 66.7%. Whereas, in the lead of the causes for the formation of medical errors was the fact that the number of nurses was few at 53.3%, excessive workload at 70.0% and lack of communication within the team at 50.8%. According to these results, it can be stated that the practices/safe surgical checklists for providing safe surgery in the operating rooms were realized at all of the hospitals, but that practices that were not made could threaten safe surgery to a degree that should not be underestimated. The planning of initiatives for increasing conformity to the SSCL would provide contributions. Of the planning of initiatives to increase compliance with SSCL it is expected to contribute in the reduction of medical errors

Key Words: Operating room, safe surgery, safe surgery checklist, medical errors, nursing

Ç NDEK LER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	
TE EKKÜR	v
ÖZET	v
ABSTRACT	v
Ç NDEK LER	v
S MGELER ve KISALTMALAR	x
TABLolar D Z N	x
1. G R	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Ara tırmanın Amacı	5
2. GENEL B LG LER	6
2.1. Ameliyathanelerde Güvenlik	6
2.2. Cerrahi Giri im Güvenli i	7
2.3. Tıbbi Hataların Nedenleri	8
2.4. Tıbbi Hataların Önlenebilmesi	10
2.5. Güvenli Cerrahide Bilinen 10 Gerçek	13
2.6. Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır Kampanyası	14
2.7. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin çeri i	14
2.8. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanımının Avantajları	16
2.9. Dünya Sağlık Örgütü'nün Güvenli Cerrahi için 10 Temel Hedefi	16
2.10. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi	17
2.11. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımının Önemi	19
2.12. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygulanması	23
2.12.1. Ameliyathaneye Girmeden Önce	23
2.12.2. Anestezi Verilmeden Önce	25

2.12.3. Ameliyat Kesesinden Önce	29
2.12.4. Ameliyattan Çıkmadan Önce	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1. Ara tırmanın ekli	35
3.2. Ara tırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler	35
3.3. Ara tırmanın Evreni ve Örnekleme	36
3.4. Ara tırmanın Etik Boyutu	37
3.5. Verilerin Toplanması	37
3.5.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması	37
3.5.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması	37
3.5.3. Veri Toplama Formunun Uygulaması	38
3.5.4. Verilerin Değerlendirilmesi	38
4. BULGULAR	39
5. TARTI MA	56
6. SONUÇ ve ÖNER LER	63
6.1. Sonuçlar	63
6.2. Öneriler	65
7. KAYNAKLAR	67
EK-1: Yakın Do u Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Ara tırma De erlendirme Etik Kurul Ba kanlı ı zın Yazısı	80
EK-2: Yakın Do u Üniversitesi Hastanesi zın Yazısı	81
EK-3: K.K.T.C Sa lık Bakanlığı zın Yazısı	82
EK-3: Onam Formu	83
EK-4: Ameliyathane Ekibinin Tanımlayıcı Verileri	85
EK-5: Ameliyathane Ekibinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Hakkında Uygulamaları ve Görü leri	87
EK-6: ÖZGEÇM	90

S İMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birle ik Devletleri
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quallity (Sa lık Bakanlı ındaKalite ve Ara tırma Kurumu)
ASA	American Society of Anesthesiologist Dissemine (Amerikan Anestezi Birli i)
DSÖ	Dünya Sa lık Örgütü
GCKL	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
IOM	Institue of Medicine (laç Enstitüsü)
JCI	Joint Commission International (Uluslar arası Birle ik Komisyon)
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
NPSA	National Patient Safety Agency
WHO	World Health Organization (Dünya Sa lık Örgütü)
SPSS	Statistical Package For Social Science

TABLolar D Z N

Tablo		Sayfa
4.1.	Ameliyathane Ekibinin Sosyo-Demografik Özellikleri	39
4.2.	Tıbbi Hatalar	41
4.3.	Tıbbi Hata Bildirimi	43
4.4.	Amaliyathane Ekip Kavramı	43
4.5	Tıbbi Hataların Olu um Nedenleri	44
4.6	Sosyo-demo rafik Özellikler le Tıbbi Hata Yapma Durumunu Kar ıla tırılması	45
4.7	Ameliyathane Ekibinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi le lgili Uygulamaları ve Görü leri	47
4.8	Ameliyathane Ekibinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi le lgili Dü ünceleri	54

1.G R

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sa lık hizmetleri geli tikçe ve hastalar da haklarını ö rendikçe sa lık hizmeti sunumunda çe itlilik ve kalite unsuru giderek ön plana çıkmaktadır. Sa lık bakımında kalite; do ru i lemleri, do ru ki ilere, do ru zamanda uygulamak ve ilk defasında do ru yaparak istenilen ve beklenen sonuçlara ula maktır. Sa lık bakımı “bir ekip hizmeti” olup bu hizmetten yararlanan bireyde sa lık ekibinin bir parçasıdır. Sa lıkta sürekli kalite, güven ve ekip i idir (Saraç, 2009; Sayek, 2010).

Sa lık bakımının özellikleri arasında yer alan “güvenli” sıfatı, sunulan hizmetin hastaya yarar yerine zarar vermesinin, yaralanma, sakatlık ve ö lüme yol açmasının hata yapılmasının önüne geçilmesi olarak tanımlanmaktadır (Çakır, 2007). Sa lık sektöründe yapılan i lemler nedeniyle olu an hatalar do rudan insan ö lümüyle veya önemli derecede zarar görmesiyle sonuçlanabilmektedir (Kohn at all, 2000).

Hastaya verilen hizmet süresince uygulanan tedavi ve bakımın ba arısını etkileyebilecek her türlü olumsuz ya da istenmeyen olay hasta güvenli ini tehdit eder.

Ulusal Hasta Güvenli i Ajansına (National Patient Safety Agency) göre hasta güvenli i; hastanelerde risk de erlendirme, hasta ile ili kili risklerin yönetimi ve tanımlanması, yinelenen risklerin azaltılması için raporlanması ve analizi, geli tirilen çözümlerin uygulanması sonucu hastaya daha güvenli bakım verme sürecidir (Ta ve ark., 2013).

Hasta güvenli inde amaç, hasta ve yakınlarını bedensel ve ruhsal olarak etkileyecek olumlu bir ortam yaratmaktır. Böylece süreçlerdeki basit hataların hastaya zarar verecek eilde ortaya çıkmasını engellemek, hataların hastaya ula madan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sa layacak önlemleri almaktır (Bal, 2006; Gökdo an ve ark., 2009; Güven, 2007).

Tıp biliminin ilk ve en temel ö retilerinden biri “Önce Zarar Verme” ilkesidir. Bu ilke do rultusunda kurgulanan sa lık hizmeti sunumu öncelikle hastaların ve sa lık çalı anlarının güvenli ine odaklanmaktadır. Ancak, sa lık

hizmeti sunum süreçlerinde ortaya çıkan tıbbi hatalar, hasta güvenliği ve bakım sonuçlarını olumsuz etkilemektedir (Uzun, 2009).

Güvenli bir sağlık bakımı için önce hasta güvenliği tehlikeye sokan faktörlerin bilinmesi gerekir. Yapılan çalışmalarla artık hasta güvenliği tehlikeye sokan ve dolayısıyla hasta bakımında risk oluşturan faktörler oldukça iyi bilinmektedir. Bu nedenle bütün bunları göz önünde bulunduran WHO ve JCI hasta güvenliği hedeflerini 6 başlık altında toplamışlardır; (Saraç, 2009; DSÖ Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi, 2011; Joint Commission Sentinel Event Statics, 2013)

Hedef 1: Hasta kimliğinin doğru belirlenmesi

Hedef 2: Etkin iletişim iyileştirilmesi

Hedef 3: Yüksek riskli medikasyonların güvenli kullanımının iyileştirilmesi

Hedef 4: Doğru tıbbi müdahale, doğru ilaç kullanımı, doğru hasta cerrahisinin güven altına alınması

Hedef 5: Sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyon risklerinin azaltılması

Hedef 6: Düşme olayları neticesinde hastaların zarar görmesi riskinin azaltılmasıdır.

Tıbbi hataların son dönemlerde yoğun olarak tartışılmasıyla hastalara ve ailelere zarar veren ve bazen bu zararı gören insanların yaşamalarını kaybetmelerine yol açmasıyla sağlık sistemini olumsuz etkilediği gözlemlenmektedir (Semel et al., 2010).

Tıbbi hataların önlenmesi yapmaya bağlı, doğru ilacın yapılmamasına bağlı ve doğru ilacın yanlış uygulanmasına bağlı olmasıyla ortaya çıkabilmektedir (Sayek, 2010). Sağlık hizmeti sunum süreçlerinde ortaya çıkan hatalar, insanların zarar görmesine neden olabilir. Bu nedenle 63 milyonu travma kaynaklı olmasıyla, gelişmiş ülkelerde de tıbbi hata görülme sıklığı %3-16 olarak belirtilmektedir (Joint Commission, 2014). Joint Commission Mart 2014 Raporu'na göre 1 milyon insan yarısı önlenebilir cerrahi hatalara bağlı komplikasyonlardan yaşamını kaybetmiş olmasıyla birlikte, 1995-2013 yılları arasında bildirilen hataların ise yaklaşık %10'u anestezi/cerrahi müdahaleleri sırasında oluşan hatalar olduğu belirtilmektedir. Bu

sonuçlar da ameliyathanede güvenli cerrahi üzerinde önemle durulması gereken bir konu olmasının yanında sa lık personelinin bu uygulamalara dikkat etmesinin son derece önem ta ıdı nı ortaya çıkartmaktadır.

Tıbbi hataların ku kusuz en önemli sonucu, hata nedeni ile hastaların ya ad ı sorunlar, sakatlıklar, hatta ölümlerdir. Hastanelerde ya anan ölüm nedenleri arasında, kalp hastalıkları, damar hastalıkları ve KOAH'dan sonra tıbbi hatalar 5. sırada yer almaktadır (Cooper, 2000; akır, 2009).

Tıbbi hatalar kapsamına giren bazı hatalar öyledir,

- Bulguların atlanması,
- Tetkiklerin eksik irdelenmesi sonucu te histe olu an hatalar,
- Giri imsel, ilaç ya da operasyon ile tedavi sırasındaki yanlı ilaç uygulaması,
- Yanlı taraf ameliyatı gibi uygulamalar sonucu hastada olu an yan etki ve komplikasyonlara ba lı hatalar,
- Yatak ba ı bakımda hastanın dmesi vb. kazalar; hastanın yeterli beslenememesi,
- Cihaz deste inin hatalı kesilmesi ve benzeri sebeplere ba lı olu an hatalar,
- Hastanın taburcu olması sırasında yeterli bilgilendirilmemesi ve taburcu olduktan sonra bakımına destek olunmamasına ba lı olu an hatalar vb. ekinde genellenebilir (Ertem ve ark., 2009).

DSÖ verilerine göre her yıl 234 milyon insan ameliyat edilip bir milyon insan cerrahiye ba lı komplikasyonlardan hayatını kaybetmektedir (DSÖ Küresel Hasta Güvenli i Mücadelesi, 2011). Bunların yarısının önlenebilir hatalardan olu yor olması sa lık alanında güvenlik kültürünün kökten de i imini sa layan çabaya ra men tıbbi hataların halen görülmeye devam etmekte olmasıyla güvenli cerrahideki gerçe in önemini ortaya koymaktadır (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlü  Performans Yönetimi Ve Kalite Geli tirme Daire Ba kanlı ı, 2011).

Dünya genelinde uygulanabilecek güvenlik standartları ile cerrahi bakımın kalitesini arttırmak amacıyla DSÖ tarafından “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarı” (Safe Surgery Saves Lives) kampanyası başlatılmıştır. Bu nedenle güvenli cerrahi hem uluslar için hem de tüm dünyada toplum sağlığını ilgilendiren sorunlardan biridir (DSÖ Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi, 2011).

Kalite çalışmalarını kapsamında zorunlu olan Türkiye’de pek çok hastanenin bu kampanya içinde yer alan “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi”nin kullandıkları bilinmektedir. Güvenli cerrahi kontrol listesi cerrahi ekip olarak uygulanmasına ve bunu yazılı olarak gösterilmesine olanak sağlamaktadır. Güvenli cerrahi kontrol listesi ile önlenemez hataların engellenmesi hedeflenmiştir (Yavuz, 2010).

Sağlık bilimlerinde “zarar vermeme” ilkesinin bilinmesine karşın, ne kadarının ya da nasıl geçirildiği tartışma konusudur. Bununla birlikte hastayı koruma, kollama ve rahatlatma felsefesi üzerine temellenen bir mesleğin üyesi olan ameliyathane ekibinin görev yaptıkları alanlara ilişkin bilgi ve beceri sahibi olması, bilgisizlik ya da ihmal nedeniyle hastaya zarar vermemesi beklenir.

Ameliyathanelerin doğası gereği hastaların en savunmasız olduğu yerler olması, ameliyathane ekibine mesleki felsefeleri doğrultusunda büyük sorumluluk yüklemektedir. Çünkü ekibin anestezinin etkisinde ve doku bütünlüğü bozulmuş hastayı olası tıbbi hatalardan koruması gerekir. Bu tıbbi hataların önlenmesi ya da kurtarıcı olabilirken, yanlış uygulamaların da ya da ameliyatı sonlandırıcı etkileri olabilir.

Bu çalışmanın, hasta güvenliğinin ve güvenli cerrahinin sağlanması ve sürdürülmesine yönelik hedeflerin uygulanma düzeyinin belirlenmesi ile bu konuda olası eksikliklerin tamamlanarak tıbbi hataları azaltma ve önleme konusunda tüm ameliyathane ekibine katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

1.2. Ara tırmanın Amacı

Ameliyathane ekibinin güvenli cerrahi konusunda görüşü ve uygulamalarının belirlenmesidir.

Ara tırmanın Soruları:

1. Ameliyathane ekibinin güvenli cerrahi konusunda görüşü ve uygulamaları nelerdir?
2. Ameliyathane ekibinin, kendi hastanelerinde uygulanan güvenli cerrahi uygulamaları nelerdir?
3. Güvenli cerrahi kontrol listesine uyum sağlanmakta mıdır?

1. GENEL B LG LER

2.1. Ameliyathanelerde Güvenlik

Cerrahi tedavinin uygulandı ı yerler olan ameliyathaneler, karma ık içyapısı, stresli çalı ma ortamı ve kullanılan tıbbi cihazların çe itlili iyle birlikte i leyi lerindeki karma a açısından özel bilgi, beceri, donanım ve dikkat gerektiren özel yerlerdir. Bu özelliklerinden dolayı ameliyathanelerin hasta güvenli ini tehdit edebilecek birçok unsuru bünyesinde barındırdı ı söylenebilir (Göçmen, 2003).

Tıbbi hataları sa lık bakım hizmeti sunulan her alanda görmek olası iken, hastanelerin ameliyathane bölümlerinde görülme oranı daha yüksektir (Göçmen, 2003). Ameliyathane kaynaklı tıbbi hatalar olarak tanımlanan ve hasta güvenli ini tehdit eden bu unsurları hasta kimli inin do ru tanımlanmaması, sa lık profesyonelleri arasında ileti im yetersizli i, ilaç uygulama hataları, yanlı taraf, yanlı hasta, yanlı cerrahi giri im, enfeksiyona ba lı sa lık bakım riskleri, dü meler, cerrahi prosedür ve ortama ba lı yanıklar, yüksek riskli hastaların belirlenmemesi ve basınç yaraları ekinde sıralanabilir (Ö ün, 2008).

Ameliyathanede güvenli i tehdit eden en önemli faktörler; çalı ma ortamından kaynaklanan sorunlar (ameliyathane trafi i, plansız ve karı ık fiziki yapısı vb.), ekipte yorgunluk ve dikkat eksikli i, personel sayısının yetersizli i (doktor, hem ire, yardımcı personel), kesici-delici alet yaralanmaları ve yanlı taraf cerrahileri gibi durumlardır (McKeon at all, 2009; Hurlbert at all, 2009; Alfredsdottir at all, 2007). Uluslararası Birle ik Komisyonu (Joint Commission International) (JCI)’nın (2005) raporunda; yanlı taraf cerrahisinin nedenleri olarak ileti im eksikli i (%79), prosedürlere uyum sa layamama (%60) ve bilgi eksikli i (%25) belirlenmi tir. Alfredsdottir ve arkadaş larının 2007 yılı çalı masında ise ameliyathane çalı anlarında ileti im eksikli inin %35 oranında cerrahlar, %19 oranında hem ireler arasında oldu u belirlenmi tir. Bunların yanı sıra ameliyathanelerde ekibin kalabalık olması, sirkülasyonun hızlı olması, günübirlik cerrahi vakaların artması gibi nedenlerle güvenli i tehdit eden durumların da artmakta oldu u belirtilmektedir (Badir at all, 2008; Richardson, 2006).

Ameliyathane ekibinin ameliyathanede buldukları süre içinde hastaların güvenli ini tehdit eden risk faktörlerini saptaması ve gereken önlemleri alması, süreçleri kontrol etmesi, dökümante etmesi ve yazılı talimatları eksiksiz uygulaması

gerekmektedir. Hasta güvenli ini sağlamak ve korumak için yeterli yasal dokümantasyonun uygulanması, uygun fiziki çevrenin oluşturulması büyük önem taşımaktadır.

Ortamın güvenli ini etkileyen faktörleri tanımlamak için ameliyathane çok iyi analiz edilmelidir (Alfredsdottir et al, 2007; Christian, 2006). 2006-2009 yıllarında yapılan çalışmalara göre ameliyathanede güvenli inin anahtar kavramları; iletişim, organizasyon, yeterli ve eğitimli personel ve ekip çalışması şeklinde belirtilmektedir (Flin et al, 2006; Kaafarani, 2009). Giddings ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptıkları çalışmada; güvenli cerrahi açısından, cerrahların teknik olmayan becerileri (ekiple iletişim, uygun karar verme, ekibi bilgilendirme, anlayışlı ve sakin olma gibi) ile ameliyathane ortamından kaynaklanan faktörlerin (sirkülasyon, aydınlatma, havalandırma, sterilite, zemin koşulları, fiziki yapı gibi) etit derecede önemli olduğu saptanmıştır.

Hastanın ameliyathaneye kabulünden, ameliyathaneden transferine kadar bakımından sorumlu olan ameliyathane ekibi, kişinin güvenli ini, mahremiyetini ve psikolojik durumu üzerine temellendirilen gereksinimlerini karşılamakla yükümlüdür. Ameliyat ve diğer invaziv işlemler uygulanan hastaların bakımında birincil sorumluluğa sahip olan ameliyathane ekibi, bireysel hasta gereksinimlerini karşılamak, etkili ve kaliteli bir hizmet verebilmelidir. Ekip, diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği yaparak hasta bakımının sürekliliğini sağlar (Çil Eyi 2012).

2.2. Cerrahi Girişim Güvenli i

Profesyonel ameliyathane ekibi, cerrahi girişim için kabul edilen hastanın, cerrahi girişim öncesi-sırası-sonrası dönemde gerekli bakımını en yüksek düzeyde sağlamakla sorumludur. Ekip, hastasını bilincinin yerinde olduğu ya da olmadığını sürelerde, her şeyden önce kendine özgü bir birey olarak kabul etmesi ve girişimlerini bireyselleştirilmiş bakım do rultusunda uygulaması gereği üzerinde durulmaktadır (Ertem, 2009).

Cerrahi girişimlere olan gereksinimin artması, gününbirlik cerrahi tekniklerinin gelişmesi ameliyathanelerin günlük ameliyat sayısını ve sirkülasyonunu artırmaktadır. Farklı meslek gruplarından pek çok sağlık profesyonelinin bir arada çalıştığı ameliyathanelerde güvenli cerrahi kavramı uluslararası bir konu haline gelmiştir. Ameliyathanedeki tüm güvenli cerrahi

uygulamaları hatayı en aza indirmeyi ve hastanın iyilik halini olabildi ince artırmayı hedeflemektedir (Canbolat, 2011).

Hastanın normal fizyolojik fonksiyonlarını de i tirebilen “kontrollü bir travma” olarak tanımlanan cerrahi girişim, tüm dünyada giderek kabul gören bir tedavi biçimidir. Ancak sağlık bilimleri içinde gerekli önlemler alınmadı ı takdirde hastaya en fazla zarar verebilecek tedavi ekli yine cerrahidir (Ö ün, 2008).

nsanlara birçok zarar veren tıbbi hatalar zamanında fark edilip önlenemeye i gibi, önlenemedi i durumlarda ise, sağlık harcamalarının artmasına, sakatlık ve yaralanmalar sonucu i gücü kaybına hatta ölümlere neden olabilirler (Yıldırım, 2005; Greenberg at all, 2006; Güven, 2007). Bununla birlikte tıbbi hataların ba lıca sonuçları; yatı süresinde uzama, mortalite ve artı , hasta ve hasta yakınlarının gördü ü zarar ve bunlara ba lı hukuksal sorunlar eklinde sıralanabilir (Yıldırım, 2005; Güven, 2007).

2.3. Tıbbi Hataların Nedenleri

Kasıtsız olarak hastaya verilen zarar eklinde de tanımlanabilen tıbbi hataları i leme ba lı, ihmale ba lı ve uygulamaya ba lı hatalar olmak üzere üç grupta sınıflamak olasıdır (Akalin, 2007; Güven, 2007)

- **leme ba lı hatalar;** yanlış i lemi yapma (errors of commission: doing the wrong thing),
- **hmale ba lı hatalar;** do ru i lemi yapmama (errors of omission: not doing the right thing),
- **Uygulamaya ba lı hatalar;** do ru i lemi yanlış uygulama (errors of execution: doing the right thing incorrectly).

Tıbbi hatalar sağlık hizmetinin her evresinde ortaya çıkabilir. Bu hatalar u ba lıklar altında gruplandırılmı tur (Sayek, 2010).

1. Medikasyon hataları: Ço u önlenbilir olan bu hatalar verilen ilaçların hastaya uygulanması ile ilgilidir. Yanlış doz, yanlış verili ekli, birlikte verilen ba ka ilaçlarla etkile im, allerji hikayesi olan hastaya bilmeyerek bu ilacın verilmesi gibi hatalar bu gruptadır. Bu hataların %34-56'sı önlenbilir.

2. Cerrahi hatalar: Çalışmalar cerrahi hataların her 50 yatan hastanın birinde görüldü ünü ortaya koymu tur.

3. Tanı koymada hatalar: Yanlı tanı, yanlı ve yetersiz tedaviye veya gereksiz ek tetkiklerin yapılmasına neden olabilir. Laboratuar testlerinin yanlı uygulanması veya yorumlanması sık rastlanılan tıbbi hatalar arasında yer almaktadır. Tanısal hatalara deneyimsiz ki ilerce yapılan tetkiklerde daha çok rastlanılmaktadır.

4. Sistem yetersizliklerine ba lı hatalar: Sa lık hizmetinin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkan ve saptanması oldukça zor olan hatalardır. Bunlar arasında kullanılan aletlerdeki bozukluklar (defibrilatör, intravenöz sıvı pompaları vb.) ancak ortaya çıkınca saptanabilmekte, fakat çok önemli sonuçlar do urabilmektedir.

Meditasyonların uygulanmasında da ortaya çıkan hataların büyük ço unlu u sistem hataları olarak tanımlanmaktadır. Amerika Birle ik Devletleri'nde laç Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM) 'nün 1999 yılı raporunda, tıbbi hataların yıllık maliyetinin 17 milyar Amerikan Doları oldu u, bu ülkede her yıl 98.000 ki inin tıbbi hatalar nedeniyle ya amını yitirdi i, bu hataların hastanede yatı süresini ortalama dört gün uzattı ı, tıbbi hataların büyük bir kısmının ise ki isel hatalardan çok sistemdeki hatalardan kaynaklandı ı belirtilmektedir (Akalin, 2004; Buetow, 2005; Yıldırım, 2005; Greenberg et al, 2006; Güven, 2007).

5. Di er: Hastane enfeksiyonları, yanlı kan transfüzyonu gibi önemli konular da tıbbi hatalar arasında yer almaktadır. Ameliyathanede yasal sorunlara da yol açabilen tıbbi hataları, bu hata tiplerini dedikkate alarak; hasta kimli inin do ru tanımlanmaması, sa lık profesyonelleri arasında ileti im yetersizli i, ilaç uygulama hataları, yanlı taraf, yanlı hasta, yanlı cerrahi giri im, enfeksiyona ba lı sa lık bakım riskleri, dü meler, cerrahi prosedürve ortama ba lı yanıklar, yüksek riskli hastaların belirlenmemesi ve bası yaraları ameliyathane kaynaklı tıbbi hatalar olarak sıralanabilir (Akalin, 2005).

Tıbbi hataların ana/kök nedenleri genel olarak üç ana bölümde gelişmektedir (McNutt, 2001):

• İnsan faktörü	• Kurumsal faktörler	• Teknik faktörler
Yorgunluk	Yeri yapısı	Yetersiz otomasyon
Yetersiz eğitim	Politikalar	Yetersiz cihazlar
İletim yetersizliği	Bütçe/finansal yapı	Eksik cihazlar
Güç/kontrol	Liderlik	Karar verme destek
Zamansızlık	Geri dönüşüm	eksikliği
Yanlış karar	Konularda yetersizlik	Entegrasyon eksikliği
Mantık hatası	Personelin yanlış dağılımı	
Tartımacılık		

2.4. Tıbbi Hataların Önlenebilmesi

Tıbbi hatalar ile ilgili raporun yayınlanmasından sonra gerek ABD’de gerekse Avrupa ülkelerinde bu hataların önlenmesi için ne gibi önlemlerin alınması gerektiği ve hangi stratejilere ihtiyaç duyulduğunu tartışılmaya başlanmıştır. “Institute of Medicine”ın raporunda önerilen dört ana konudur (Institute of Medicine, 2001; Akalın, 2005).

a. Ulusal Hasta Güvenliği Merkezi kurulması, bu merkezin konu ile ilgili yapılacak çalışmalarında amaçları belirlemesi, liderlik ve araştırmada rol alması,

b. Steady veya zorunlu tıbbi hata bildirim sisteminin kurulması,

c. Sağlık hizmetlerini ödeyen kurumların hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapan kurumlara öncelik tanınması,

d. Sağlık hizmeti veren organizasyonlarda “hasta güvenliği” kültürünün yaratılması (Akalın, 2005).

Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (The Agency for Healthcare Research and Quality’s) sağlık kuruluşlarında tıbbi hataların azaltılması için bazı iyileştirme önerilerinde bulunmuştur. Bu öneriler üç başlık altında toplanmıştır (Agency for Healthcare Research and Quality, 2000).

- 1. İlaç yan etkilerinin (adverse drug events) bilgisayar sistemleri ile izlenmesi:** Hastanelerde tüm ilaç kullanımının bilgisayar sistemleri ile izlenmesi daha güvenli ilaç kullanımını sağlamaktadır. Bu sistemin bir

parçası olarak ilaç yan etki izleme programlarının geli tirilmesi öngörülmektedir.

2. Tanısal testlerin tekrarlanması hatırlatıcı sistemlerin geli tirilmesi:

Bazı tanısal testlerin hastanın tanı ve tedavisinde belli aralıklarla tekrarlanması gerekebilir. Bunların zamanında yapılabilmesi ve hastanın sa lı ını herhangi bir eilde tehlike altına atmamak için hekime hatırlatılması son derecede faydalı bulunmu tur.

3. Standart protokoller: Yapılan çalı malar özellikle yo un bakım hastalarında bilgisayar sistemi ile uygulanan protokollerin mortaliteyiönemli ölçüde azalttı ını ortaya koymu tur. AHRQ güvenli cerrahi yöntemlerinin hem sa lık hizmeti kalitesini iyile tirece ini hem de tıbbi hataların azaltılmasına yardım edece ini belirtmektedir.

Institute of Medicine'nin raporunun yayınlanmasından sonra hataların önlenmesi ve verilen sa lık hizmetinin niteli inin artırılması konusunda çok çaba harcanmı tır. Ama en önemlisi, kültürel bir de i imin ya anmasıdır. Suçlama ve cezalandırma kültürünün yerini anlayı la kabullenme ve düzeltme kültürü yer almaktadır. Hatalar daha çok konu ulmakta, kabullenilmekte, açıklanmakta ve özür dilenmektedir (Sayek, 2010).

Teknik olarak e itim ve bilgilendirme yanı sıra kurumların, ardından bölgelerin ve ulusal sa lık sistemlerinin güvenli cerrahi yapıları kurmaları gerekmektedir. Hata, neredeyse hata ve riskli olaylarla ilgili gözlemler cezasız bir ortamda payla ılmalı, analiz edilmeli ve ilgili süreçler iyile tirilmelidir. Bunun için klinik uygulama rehberleri, kritik yol haritaları, klinik karar verme destek sistemleri gerekmekte, davranı de i ikli ini sa layacak e itim programları ve mutlaka yasal önlemler, akreditasyonve hizmet alıcıların hem mali destekleri hem de kısıtlamaları gerekmektedir (Akalin, 2005).

Institute of Medicine 21.Yüzyıl için sa lık sisteminde iyile tirilmesi gereken konuları sıralarken, sa lık sistemlerinin (Institute of Medicine, 2001);

1. **Güvenli bir sa lık hizmeti:** Hastalara yardım ederken zarar vermemesi,
2. **Etkili bir sa lık hizmeti:** Bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu ile sa lık hizmetinin eksik ya da gereksiz kullanımının önlenmesi,

3. **Hasta odaklı sa lık hizmeti:** Hastanın ihtiyaç, de er yargıları ve tercihleri do rultusunda davranılması ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilmesi,
4. **Zamanında verilen sa lık hizmeti:** Gerek oldu unda hizmete ula ılabilmesi ve beklèmelerin sa lı a zarar vermesinin önlenmesi,
5. **Verimli sunulan sa lık hizmeti:** Hem malzeme, hem de insan gücü israfının önlenmesi ve maliyet etkin bir sa lık hizmeti sunulması,
6. **E it ve hakkaniyetli:** Hizmet kalitesinin ırk, cinsiyet, renk, co rafya ve sosyoekonomik farklılıklara bakılmaksızın e it) olması gerekti ini bildirmi tir. Bunlar herkes ve her ÷lke için do ru ilkelerdir. Muhtemelen en önemlisi, hizmetin güvenli olması, iyilik yapmak isterken zarar vermemesidir.

Güvenilir bir sa lık hizmetinin sunulmasının ve iyile tirilmesinin önünde önemli engeller vardır. Bunlar u e kilde sıralanabilir (Akalın, 2014)

- Maksimum performans sınırlarının zorlanması
- Profesyonel otonomini
- “Sanatkâr” yakla ımından takım oyuncusu yakla ımına geçi te zorlanma
- Güvenlilik Stratejilerinin sistematik yakla ımları içermek zorunda olu u
- Profesyonel kural ve yasaların karma ıklı ı
- Sa lık hizmetinin çok karma ık hale gelmesi
- “Ho görü kültürü” eksikli i
 - nkâr
 - Profesyonel otorite
 - Kendini be enmi lik, durumdan memnun olma
 - Hata yapmaya kar ı gösterilen tepki
 - Korku
- Konu ile ilgili e itim yetersizli i
- Hataların rapor edilmesinin hiçbir eyi de i tirmeyece i algılamasıdır.

Güvenli cerrahide farkındalı ının artırılması için hem sa lık çalı anlarına hem de topluma önemli sorumluluklar dü mektedir. Her eyden önce tıp ve tüm sa lık çalı anı e itim programlarında güvenli cerrahi konusunda hizmet içi e itimi yer almalıdır. Tüm sa lık kurumlarında hasta güvenlicerrahinin geli tirilmesi için çaba sarf edilmelidir. Tıbbi uygulama hatalarının ki isel de il, sistemin bir hatası ve yetersizli i sonucu ortaya çıktı ı gerçe i kabul edilip, iyile tirmeler sistematik olarak

yapılmalıdır. Hataların ki isel olarak cezalandırılmasından kaçınılmalı, sistemik hatayı önleyecek çözümlerin geli tirilmesine çalı ılmalıdır (Akalın, 2014).

2.5. Güvenli Cerrahide Bilinen 10 Gerçek

Dünya üzerinde yapılan ara tırmalar sonucunda elde edilen ve WHO' nun cerrahi güvenli i sa lama konusunda ortaya koydu u gerçekler a a ıdaki gibidir (DSÖ Küresel Hasta Güvenli i Mücadelesi, 2011; Güvenli Cerrahi, 2012).

1. Dünya'da yılda toplam 234 milyon ameliyat yapılmakta, bu da her 25 ki iden birine denk gelmektedir. Bu ameliyatların 63 milyonu travma, 31 milyonu kanser, 10 milyonu obstetrik/jinekolojik nedenlerden yapılmakta.

2. Cerrahi hastaların %3-25'inde kompleks durumlardan dolayı morbidite geli mekte veyahastanede kalı süresi uzamaktadır. Dünya üzerinde yakla ık 7 milyon postoperatif komplikasyon görülmekte.

3. Majör cerrahi sonrası %0. 4- 10 ölüm gerçekleşmekte, yani **yılda yakla ık 1 milyon insan** ameliyat öncesi, ameliyat sırasında ve sonrasında hayatını kaybetmekte.

4. Cerrahi bakım, cerrahi güvenli in sa lanması, hastalıkları önleme ve hasta bakımının geli tirilebilmesi için sistematik bir ekilde standardize edilmeli.

5. Geli mi endüstriyel ülkelerde tıbbi ve teknik hataların yarısı cerrahi kliniklerde olu maktadır ve bu hatalar, güvenli cerrahi uygulamaları ile yarı yarıya azaltılmaktadır.

6. Cerrahi bakım maliyet etkin olmalı

7. Son 30 yıl içersinde anestezi uygulamalarında dramatik bir de i iklik olmu tur. Ancak dünya ülkelerinden bazılarında halen 150 ki iden biri genel anestezi sırasında hayatını kaybeder.

8. Çok basit gibi görünen adımlara ili kin tedbirler komplikasyon oranını oldukça fazla dü ürebilir. Örne in cilt insizyonu öncesi antibiyotik verilmesi yara yeri enfeksiyonu geli mesini %50 azaltmaktadır.

9. Dünya Sa lık Örgütü Güvenli cerrahi uygulamaları için bir rehber olu turdu ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'ni 8 pilot ülkede uygulamı tır.

10. Bu uygulama ile 200'den fazla Sa lık Bakanlı ı tarafından ölüm ve komplikasyonları azaltmak için i birli i içindedir. Bu kapsamda ülkemizde ve dünyada bazı çalı malar yapılmı tır:

2.6. Dünya Sağlık Örgütü (WHO/DSÖ) Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır Kampanyası (Safe Surgery Saves Lives):

“Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” kampanyası 25 Haziran 2008’de Washington’da resmi olarak başlatılmıştır. 1 Ocak 2009’da 250 hastane programa katılmış, 2010’a kadar 2500 hastane, 2009’da programa katılan hastaneler dünya nüfusunun dörtte birini temsil ederken, 2010’da dünya nüfusunun yarısını içermesi ve cerrahi ile ilgili temel istatistikleri toplamak hedeflenmiştir. Kampanyayı 300’ün üzerinde sağlık bakanlığı, ulusal ve uluslararası profesyonel dernek ve organizasyon desteklemiştir. WHO’nun sitesinde 122 ülkede 3885 hastanenin kayıt yaptırdığı kampanyada 1788 hastanenin çalışmalarını aktif olarak sürdürdüğü belirtilmektedir (Akalin, 2004; Yavuz, 2012).

Çalışmanın ilk ürünü olan güvenli cerrahi kontrol listesinin pilot çalışmaları; ABD, Hindistan, Tanzanya, Ürdün, Kanada, Yeni Zelanda, İngiltere ve Filipinler’de yürütülmüştür (Pool, 2009; The Surgical Safety Checklist, 2009; Sağlıkta Nabız Dergisi, 2010).

“Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” olgusu, cerrahi işlemlerden kaynaklanan ölümleri azaltma çabalarının bir parçası olarak tanımlanmıştır. Bu tanımda içinde yetersiz anesteziye ait güvenlik uygulamaları, önlenebilir cerrahi enfeksiyonları ve çalışmaları arasındaki yetersiz iletişim de dâhil olmak üzere önemli güvenlik sorunlarını barındırmaktadır. Bu olayların sayısının azaltılmasında, ameliyat gruplarına yardımcı olmak için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından desteklenen, bütün ameliyathanelerde uygulanabilecek bir Güvenlik Kontrol Listesi yayınlanmıştır. DSÖ Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi, ameliyatların güvenliğini artırmaya ve gereksiz cerrahi ölümleri ve komplikasyonları azaltmaya ilgi duyan klinisyenlerin kullanmaları için bir araç olması amaçlanmıştır (WHO, 2010).

2.7. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin İçeriği (Güvenli Cerrahi, 2012)

➤ Do ru Taraf, Do ru Prosedür ve Do ru Hasta

Yanlış taraf ameliyatlarının ABD’de yaklaşık 50000-100000 işlemlerde bir olduğu tahmin edilmektedir ki bu durum her yıl 1500-2500 olayın olmasına neden olur (Seiden, 2006). Yapılan bir çalışmada 1050 el cerrahisinin, %21’i

hayatında en az bir yanlış taraf cerrahisi deneyimlediklerini belirtmişlerdir (Joint Commission Sentinel Event Statics, 2006).

Do ru-Taraf, Do ru-Prosedür ve Do ru-Hasta cerrahisi sağlık kurumlarında rahatsız edici bir sıklıkta ortaya çıkmaktadır. Bu hatalar cerrahi ekibin üyeleri arasındaki etkisiz ya da yetersiz iletişimden, yanlış hazırlanma hastanın katılmamasından ve yanlış yönlendirme prosedürlerinin yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Yanlış -Taraf, Yanlış -Prosedür, Yanlış -Hasta Cerrahisi'ni Önlemede Evrensel Protokolü gibi kanıta dayalı uygulamalar kullanılmalıdır. Evrensel protokolde bulunan temel süreçler şunlardır;

- Cerrahi tarafın hazırlanması,
- Ameliyat öncesi yönlendirme süreci ve
- Prosedürün başlamasından hemen önce verilen emrdir.

Cerrahi tarafın hazırlanması hastayıda içine alır ve net bir iletişim yoluyla yapılır. İletişim kurum çapında tutarlı olmalı, prosedürü gerçekleştiren kişi tarafından yapılmalı, hastanın bilinci yerindeyken ve uyanıkken yapılmalı, eğer mümkünse hasta hazırlandıktan ve örtüldükten sonrada görünebilir olmalıdır. Cerrahi taraf; yanlış yönlendirme olanlar, çoklu yapılar (parmaklar, ayak parmakları, lezyonlar) ya da çoklu düzeyler (omurilik) gibi bütün olgularda hazırlanır (Onganer ve ark., 2014)

Ameliyat öncesi yönlendirme sürecinin amacı; yanlış taraf, süreç ve hastanın yönlendirilmesi, ilgili bütün dokümanlar, resimler ve çalışmaların mevcut olduğunun, uygun etiketlendiğinin ve gösterildiğinin garanti edilmesi ve herhangi bir gerekli ekipman ya da implantın mevcut olduğunun yönlendirilmesidir (Onganer ve ark., 2014)

➤ **Güvenli Anestezi ve Resüsitasyon**

Gelişmekte olan ülkelerde anestezi ile ilgili ölüm oranı gelişmiş ülkelere göre 100-1000 kat fazla olduğu bulunmuştur (Yavuz 2012; Yavuz, 2010)

- ❖ Ventilasyon-solunum sistemi hataları (%19.5),
- ❖ Anestezi makinesi hataları (%19)
- ❖ ilaç kullanımına yönelik hatalar (%19)
- ❖ Havayolu sağlanması hataları (%12),
- ❖ İntravenöz damar yolu hataları (%7),
- ❖ Monitörizasyon hataları (%4.5)
- ❖ Sıvı düzenlenmesi (%4) ile ilgili hatalar izlenmektedir.

En Sık Hata Sebepleri (Ertan, 2006)

- ❖ Ameliyat öncesi hazırlığın yapılmaması veya yetersiz yapılması (%42.5)
- ❖ Hava yolu güvenliğinin sağlanamaması (%20)
- ❖ Ameliyathanedeki uygun koşullar sağlanmadan anestezi uygulanması (%15)
- ❖ İlaç ve serum kullanımında hata (%7.5)
- ❖ Anestezi cihaz ve bağlantı hataları (%7.5)
- ❖ EKG monitorizasyonu olmaması (%5)

➤ **Enfeksiyon Riskini Azaltma**

Cerrahi alan enfeksiyonu gelişiminin önlenmesi için cerrahi öncesi antibiyotik profilaksisi önerilmektedir. Cerrahi profilaksi, konak savunmasının etkilenmeyeceği düzeyde olmak koşuluyla, intraoperatif kontaminasyondaki mikrobiyal yükü azaltmak için uygun zamanda, uygun antibiyotik, yeterli dozlarda kullanımıdır (Alp, 2012). Antibiyotikleri insizyondan bir saat önce vermek cerrahi alan enfeksiyonunu %50 azalttı belirtilmektedir (Yavuz, 2012; Yavuz, 2010).

➤ **Etkili ekip çalışması**

Joint Commission'un 1995-2005 yılları arasındaki hata raporları incelendiğinde %70 olayda ana nedenin yetersiz iletişim olduğu belirtilmektedir (Yavuz, 2012).

2.8. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanmanın Avantajları

- Tüm dünyada yaygın şekilde kullanılabilmesi,
- Bilimsel kanıtlar ve geniş bir fikir birliği ile desteklenmesi,
- Kontrol listelerini kullanmanın olayların hatırlanmasını kolaylaştırması,
- Karmaşık işlemlerde yapılması gereken asgari uygulamaları tanımlaması,
- Hastanelerin uygulama ve gereksinimlerine göre düzenlenebilmesi,
- Ekibin bir arada çalışmasına yardım ederek performansını arttırmaya yardım etmesidir (Yavuz, 2010)

2.9. Dünya Sağlık Örgütü'nün Güvenli Cerrahi için 10 Temel Hedefi

Güvenli cerrahi için dünyadan cerrahlarla, anestezi uzmanlarıyla, hemşirelerle, hasta güvenliği uzmanlarıyla ve hastalarla birlikte çalışarak on temel

hedef belirlenmi olup, bunlar WHO Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi içinde derlenmi tir (Pauniaho, 2009; Çakar, 2011).

Bu hedefler öyledir;

1. Ekibin, do ru hastada, do ru alan üzerinde cerrahi i lem yapması
2. Ekibin, a rıyı önlemek üzere uygulanan anesteziye ba lı olu abilecek zararlardan hastayı korumak için bilinen yöntemleri kullanması
3. Ekibin, ya amı tehdit edici düzeydeki havayolu tıkanıklıklarını ve solunum fonksiyonu yetersizliklerini tanınması ve önlem alması
4. Ekibin, a ırı kan kaybı riskini bilmesi ve buna kar ı hazırlıklı olması
5. Ekibin, hasta için önemli bir risk olan alerjik reaksiyonlara ya da ilaç etkile imlerine neden olmaması
6. Ekibin, cerrahi alan enfeksiyonlarını azaltmak için bilinen yöntemleri sürekli kullanması
7. Ekibin, ameliyat alanında alet ve spançların unutulmasını önlemesi
8. Ekibin patolojiye gönderilmek üzere alınan örnekleri do ru etiketlemesi ve güvenli i sa laması
9. Ekibin, etkili bir ileti imle cerrahi i lemin güvenli bir eilde yapılabilmesi için hasta ile ilgili önemli bilgileri payla ması
10. Hastane ve halk sa lı ı sistemlerinin cerrahi kapasite, hacim ve sonuçları ile ilgili rutin ara tırmalar yapmasıdır (DSÖ Küresel Hasta Güvenli i, 2011).

2.10. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi

Güvenli cerrahi, hasta ameliyathaneye gelmeden önce daha klinikte iken ba laması gereken bir kavramdır. Bu dü ünceden yola çıkarak WHO'nun "Her kurum kendi gereksinimlerine göre kontrol listesini düzenleyebilir" ifadesi ile belirtti i izni ile liste Performans Yönetimi ve Kalite Geli tirme Daire Ba kanlı ı tarafından revize edilmi ve "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi TR" adı ile 2011 yılından itibaren sa lık çalı anlarının kullanımına sunulmu tur (Pauniaho 2009; Yavuz 2010).

Kontrol listesi, cerrahi tedaviyi, her bir giri imin normal seyrine özgü zaman dilimine kar ılık gelen dört ayrı a amaya bölmektedir (Çakır, 2007; Pauniaho, 2009):

- 1. Ameliyathaneye Girmeden Önce;** Ameliyathaneye girmeden önceki evre
- 2. Anestezi Vermeden Önce;** Anestezinin verilmesinden önceki evre

3. Ameliyat Kesinden Önce; Anestezinin verilmesinden sonraki ve cerrahi insizyondan önceki evre

4. Ameliyattan Çıkmadan Önce; Yaranın kapanması sürecindeki ya da kapanmasının hemen sonrasındaki ancak hastanın ameliyathaneden çıkarılmasından önceki evredir.

Her evrede Kontrol Listesi koordinatörü ekibin listede belirtilen görevleri tamamlayıp tamamlamadı na bakmalı, görev tamamlanmış sa bir sonraki evreye geçi e izin vermelidir. Ameliyat ekipleri kontrol listesinin adımlarına daha fazla a ina olmaya ba ladıkça, kontrol listesini kendi alı ılmı çalı ma düzenlerine entegre edebilirler ve her bir adımın tamamlanmış oldu unu kontrol listesi koordinatörü açıkça müdahale etmeden sözle ifade edebilirler. Adımlara etkili bir ekilde ula mayı hedeflerken, her bir ekip, kontrol listesinin kullanımını kendi çalı malarıyla azami verimlilik ve asgari düzensizlikle birle tirmenin yollarını ara tırmalıdır.

Anahtar faaliyetlerin yerine getirilmesini sa lamak için hemen hemen bütün adımlar uygun bir personel ile sözlü olarak kontrol edilir. Bu nedenle **“Ameliyathaneye Girmeden Önce”** evresinde kontrol listesini koordine eden ki i hasta ve hekim ile birlikte (mümkün oldu unda) sözlü olarak hastanın kimli inin teyit edilmi oldu unu, giri imin ve ameliyat yerinin do ru ve i aretlenmi oldu unu, ameliyatiçin rızanın verilmi oldu unu gözden geçirir. Koordinatör hastanın açlı nı, ameliyat bölgesi tıra nı, hastanın vücudunda yabancı bir madde olup olmadı nı (makyaj, oje, protez vs.), ameliyat öncesi özel bir i lem gereklili ini, hastanın tüm tetkik sonuçları ile birlikte ameliyathaneye gitmek için hazır oldu unu kontrol eder.

“Anestezinin Verilmesinden Önce” evresinde kontrol listesini koordine eden ki i, hasta ile birlikte (mümkün oldu unda) sözlü olarak hastanın kimli inin do rulanmış oldu unu, giri imin ve ameliyat yerinin do ru oldu unu, ameliyat için rızanın verilmi oldu unu gözden geçirir. Koordinatör ameliyat yerinin i aretlenmi oldu unu (mümkünse) ve bir pulse oksimetresinin hasta üzerinde çalı ır vaziyette oldu unu görsel olarak onaylar. Koordinatör aynı zamanda sözlü olarak anestezi uzmanı ile hastanın kan kaybı riskini, hava yolu zorlu unu, alerjik reaksiyonunu vetam bir anestezi güvenlik kontrolünün tamamlanıp tamamlanmadı nı sözel olarak ifade ederek gözden geçirir. Zorunlu görüntülemelerin uygun bir biçimde gösterildi ini de do rularlar. Tahmin edilen kan kaybı, alerjiler ya da ba ka komplikasyonlara ili kin daha açık bir fikre sahip olabilece i için ideal olanı,

cerrahın, “Anestezi Verilmeden Önce” evresinde mevcut olmasıdır. Ancak cerrahın varlığı, kontrol listesinin bu bölümünün doldurulması için zorunlu değildir.

“**Ameliyat Kesisinden Önce**” evresi için her bir ekip elemanı kendini isim ve görevi ile tanıtır. Birlikte bir ameliyat gününün ortasında olmaları halinde, ekip ameliyat odasındaki herkesin birbiri tarafından bilindiğini basit bir şekilde duyurabilir. Ekip, cilt veya ameliyat kesisi öncesinde, doğrudan hasta üzerinde doğrudan yerde, doğrudan ameliyatı gerçekleştirdiklerini sesli olarak duyurmak üzere durmalıdır. Sonra ameliyat planlarının kritik unsurlarını kontrol listesindeki soruların rehberliğinde sözel olarak gözden geçirmelidirler. Ayrıca önceki 60 dakika içerisinde profilaktik antibiyotiklerin uygulanmış olduğunu, ameliyat süresince kan şekeri kontrolünün gerekliliği, varsa antikoagülan kullanımı ve derin ven tromboz profilaksisinin gerekliliği sözel olarak kontrol edilir.

“**Ameliyattan Çıkmadan Önce**” evresi için ekip, gerçekleştirilmiş olan ameliyatı, spanç (tampon) ve aletlerin sayımının tamamlanmasını ve alınan bütün cerrahi numunelerin etiketlenmesini gözden geçirir. Aynı zamanda aletlerdeki çizilme ve bozuklukları ve ilgilenilmesi gereken tüm diğer sorunlar da gözden geçirilir. Son olarak ekip, hastayı ameliyat odasından çıkarmadan önce, ameliyat sonrası yönetimle ilgili anahtar hususları ve düğünceleri gözden geçirir. Gerekirse yazılı olarak özel notlar eklenebilir. Kontrol listesinin özellikle 2., 3. ve 4. bölümlerinin başarılı olması için tek bir kişinin yönetiminde olması gereklidir. Bir ameliyat odasının karmaşık düzeninde, hızlı ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası hazırlıklar esnasında adımların herhangi biri gözden kaçırılabilir. Kontrol listesinin her adımının tamamlandığını onaylayacak bir tek kişinin görevlendirilmesi ameliyatın bir sonraki aşamasına geçilirken yaşanan acelede hiçbir güvenlik adımının atılmadığının garantilenmesi bakımından önemlidir. Ekip üyeleri ilgili adımlara ulaşana kadar, kontrol listesi koordinatörü bu kontrol listesi süresince ekibe kılavuzluk eder.

2.11. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımının Önemi (Güvenli Cerrahi Kontrol listesi Uygulama Rehberi, 2012; Çakır, 2007; Yavuz, 2012)

Kontrol listesinin tek bir kişi tarafından yönetilmesinin muhtemel bir dezavantajı ameliyattaki diğer ekip elemanları ile zıt bir ilişkinin kurulabilmesidir. Kontrol listesi koordinatörü, her bir adım tamamlanana kadar ekibin bir sonraki aşamaya geçmesini önleyebilir ve önlemelidir. Ancak bunu

yaparken di er ekip üyelerini yabancıla tırabilir ya da rahatsız edebilir. Bu nedenle hastaneler bu rol için kimin uygun oldu una dikkatlice karar vermelidir. Belirtildi i üzere pek çok kurum için, bu konuda sirküle (dola ıcı) bir hem ire görev alır, ancak kontrol listesi giri imini bütün sa lık görevlileri koordine edebilirler.

Her a amada kontrol listesi koordinatörü önce ekibin listede belirtilen görevleri tamamlamı oldu una onay vermelidir. Ameliyat ekipleri kontrol listesinin adımlarına daha fazla a ina olmaya ba ladıkça, kontrol listesini kendi alı ılıma çalı ma düzenlerine entegre edebilirler ve her bir adımın tamamlanmı oldu unu kontrol listesi koordinatörü müdahale etmeden sözle ifade edebilirler. Adımlara etkili bir ekilde ula mayı hedeflerken, her bir ekip, kontrol listesinin kullanımını kendi çalı malarıyla azami verimlilik ile birle tirmenin yollarını ara tırmalıdır.

Anahtar faaliyetlerin yerine getirilmesini sa lamak için hemen hemen bütün adımlar uygun bir personel ile sözlü olarak kontrol edilmelidir. Bu nedenle anestezinin verilmesinden önce kontrol listesini koordine eden ki i, hasta ile birlikte (mümkün oldu unda) sözlü olarak hastanın kimli inin teyit edilmi oldu unu, giri imin ve müdahale yerinin do ru oldu unu, ameliyat için rızanın verilmi oldu unu gözden geçirir. Koordinatör aynı zamanda sözlü olarak anestezi uzmanı ile hastanın kan kaybı riskini, hava yolu zorlu unu, alerjik reaksiyonunu ve bir anestezi makinesi ve ilaç güvenli i kontrolünün tamamlanıp tamamlanmadı ını ve ameliyat yerinin i aretlenmi olup olmadı ını (mümkün oldu unda) do rular. deal olarak cerrah, bu a ama süresince beklenen kan kaybı, alerjiler ya da di er komplike hasta faktörleri ile ilgili daha net bir fikre sahip olacaktır. Ancak cerrahın varlı ı, kontrol listesinin bu bölümünün doldurulması için zorunlu de ildir.

Cilt insizyonu öncesi her bir ekip üyesi kendini isim ve görevi ile tanıtır. Birlikte bir ameliyat gününün ortasında olmaları halinde, ekip ameliyat odasındaki herkesin birbiri tarafından bilindi ini basit bir ekilde onaylayabilir. Ekip do ru hasta üzerinde ve do ru yerde, do ru ameliyatı gerçekle tirdiklerini sesli olarak do rular vesonra ameliyat planlarının kritik unsurlarını kontrol listesindeki soruların rehberli inde sözel olarak gözden geçirmelidir. Ayrıca önceki 60 dakika içerisinde profilaktik antibiyotiklerin uygulanmı oldu unu ve gerekli görüntülemelerin uygun bir biçimde gösterildi ini de do rular.

Ameliyathaneden ayrılmadan önce ekip, gerçekle tirilmi olan ameliyatı, spanç ve aletlerin sayımının tamamlanmasını ve alınan bütün cerrahi numunelerin

etiketlenmesini gözden geçirir. Aynı zamanda aletlerdeki i leyi bozuklukları ve ilgilenilmesi gereken tüm di er sorunlar da gözden geçirilir. Son olarak ekip, hastayı ameliyat odasından çıkarmadan önce, ameliyat sonrası yönetim ile ilgili anahtar konuları ve dü ünceleri gözden geçirir.

Kontrol listesinin ba arılı olması için tek bir ki inin yönetiminde olması önerilmektedir. Bir ameliyat odasının karma ık düzeninde, hızlı ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası hazırlıklar esnasında adımların herhangi biri gözden kaçırılabilir. Ameliyat i lemlerine dahil olan tüm klinik ekip üyelerinin katılımı gereklidir. Doktorları da i in içine katarak katılım deste i sa lanmalıdır. Mümkün olabildi ince, en fazla klinik bölümden (cerrahi, anestezi, hem irelik) ki i dahil edilmelidir. Her bir klinik bölümden en az bir üyeyi katmaya çalı ırken, kontrol listesi konusunda istekli olan bir çekirdek grup kurulmalıdır. Bu erken a amada, en fazla direnç gösteren ki ileri iknaya çalı an ki ilerden çok, ilgi gösterenlerle çalı ılmalıdır. E er mümkünse, aynı zamanda hastane liderlerinin ve yöneticilerinin de katılması önerilmektedir (Acıbadem Hem irelik, 2012; Pauniaho, 2009). Güvenli cerrahi kontrol listesi ile önlenabilir hataların engellenmesi sonucu her yıl 500.000 ki inin hayatının korunaca ı hesaplanmaktadır (Türkmen ve ark., 2011).

Bilindi i üzere WHO tarafından son yıllarda tıbbi pratiklerde hasta güvenli i konusunda çok sayıda çalı ma yapılmaktadır. Bu çalı malar küresel mücadeleler ekinde dünya sa lık kamuoyunun gündemine ta ınmaktadır (Performans Yönetimi ve Kalite Geli tirme Daire Ba kanlı ı, 2011).

Ülkemizde de Bakanlık sa lık kurumlarında kurumsal performans ve kaliteyi geli tirme çalı maları çerçevesinde hasta güvenli ini sa lama ve hasta güvenli i kültürünü olu turma adına faaliyetler yürütmektedir. Ayrıca, 01.09.2008 tarihi itibariyle yürürlü e giren Sa lıkta Performans ve Kalite Yönergesi'nde konunun önemine binaen hasta ve çalı an güvenli i hususlarına geni yer verilmi tir (Performans Yönetimi ve Kalite Geli tirme Daire Ba kanlı ı, 2011; Türkmen ve ark., 2011).

Ekiplerin kontrol listesini etkili bir ekinde kullanmayı ö renmesi için biraz pratik yapmaları gerekir. Bazı bireyler bunu bir zorlama hatta bir zaman kaybı olarak görebilir. Amaç ezberden i yapmak veya i akı nı bozmak de ildir. Kontrol listesinin amacı ekiplere etkili ekip çalı ması ve ileti imi iyile tirmek ve yapılan her ameliyatta hasta güvenli inin aktif dü ünülmesini te vik etmek üzere basit ve verimli

bir dizi öncelik kontrolü sağlamaktır. Kontrol listesindeki adımların çoğu zaten dünyanın çoğu yerinde ameliyathanelerde izlenmektedir, fakat pek azı bunları güvenilir şekilde izlemektedir. Kontrol listesinin iki amacı vardır; hasta güvenli içinde tutarlılık sağlanması ve bunun başarılmasına değer veren bir kültür oluşturmaları. Kontrol listesinin başarılı olabilmesi için, cerrahi efleri, anestezi ve hemirelik alanlarının, güvenliğin bir öncelik olduğuna ve WHO güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanılmasının bunun gerçekleştirilmesine yardımcı olduğuna inanılması gerekmektedir. Eğer açıkça belirlenebilecek bir liderlik yoksa bu tip bir kontrol listesi oluşturulması başarısızlık ve zıtlık doğurabilir. Kontrol listeleri, hasta bakım ortamları da dâhil olmak üzere pek çok farklı ortamda faydalı olmaktadır. WHO güvenli cerrahi kontrol listesi farklı kaynak sıkıntıları olan çeşitli sağlık kurumlarında başarılı bir şekilde uygulanmaktadır. Uygun planlama ile kontrol listesi adımları kolaylıkla başarılabılır ve cerrahi bakımın güvenli içinde derin bir fark yaratabilir (Pauniahoo, 2009).

Kontrol listesinin ameliyatların güvenliğini artırmaya ve cerrahi ölümleri ve komplikasyonları azaltmaya ilgi duyan klinisyenlerin kullanılmaları için bir araç olması amaçlanmaktadır. Güvenli cerrahi kontrol listesi ameliyat ekibinin cerrahları, anestezi görevlilerini, hemireleri, teknisyenleri ve ameliyatla ilgisi olan diğer ameliyathane görevlilerini kapsamaktadır. Bir uçağın güvenli ve başarılı uçuşu yer ekibine, uçuş personeline ve hava trafik kontrolörlerine dayalı olması gibi, bir cerrahda hastanın tedavi edilmesinden sorumlu olan ekibin esas üyesidir ancak tek üyesi değildir. Bu nedenle, bu listede bahsedilen ameliyat ekibi, her biri bir ameliyatın güvenliğini ve başarısını sağlamak için bir role sahip olan ameliyat ekibinin tüm üyelerinden oluşmaktadır (Pauniahoo, 2009; Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2011).

Güvenli cerrahinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlıkta kalitenin temel unsurlarından biri olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlıkta kaliteyi sağlamak için, sağlık politikalarının; sağlık bakım alanları, sağlık çalışanları ve sağlık bakımı veren kurumların, uygulamalarını düzenlemek, geliştirmek için uygun şekilde oluşturulması gerekmektedir. Sağlık kurumlarının nitelikli sağlık hizmeti verebilmeleri için, temel koşulları yerine getirmeleri, kurumlarda güvenli cerrahi yönünden gereken süreçlerin, eksiksiz ve hatasız uygulanması gerekmektedir (Serbest, 2010).

2.12. GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİNİN UYGULANMASI (Pauniahoo, 2009; Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulamasına Uyumun Değerlendirilmesi, 2014)

2.12.1. Ameliyathaneye Girmeden Önce

Bu bölüm cerrahi tedaviye güven içerisinde işlem yapmak için hasta klinikten ayrılmadan önce tamamlanır. Bu bölümün kontrolü için en az bir hemşire veya bir sağlık görevlisinin orada olması gerekir. Bu amaçla cerrah de kontrole katılabilir. “Ameliyathaneye Girmeden Önce” içindeki bölümün her birindeki detaylar şöyledir:

1. Hasta Kimliği, Ameliyat Yerini, Gerçekleştirecek Girişimi Teyit Etti mi?
2. Hasta Rızasını Teyit Etti mi?
3. Hasta Aç mı?

Cerrahi girişimler öncesinde Amerikan Anestezi Birliği (ASA, The American Society of Anesthesiologists) önerilerine göre ameliyatın altı saat öncesinde katı gıdaların, iki saat öncesinde de berrak sıvıların kesilmesinin hasta için yeterli olduğu belirtilmektedir. Tavsiyeler hastanın yaşı ve yenilen yemek tipine göre değişmektedir. Örneğin; yetişkinlerde yaşıyla yiyecek sonrası sekiz saat, süt ürünlerinden sonra dört saat açlık önerilmektedir (Dolgun ve ark., 2011). İngiltere Kraliyet Hemşirelik Koleji (The Royal College of Nursing) tarafından Kasım 2005 yılında basılan rehberde ameliyat öncesi aç kalma; sağlıklı kişiler için ameliyat öncesi aç kalma, sağlıklı çocuklarda ameliyat öncesi aç kalma, yüksek riskli gruplarda ameliyat öncesi aç kalma olarak gruplandırılmıştır. Elektif cerrahi geçirecek olan yetişkin hastaların aç kalma ile ilgili olarak 2- 6 saat kuralı uygulanmaktadır (Westby et al., 2005).

- ‘2 saat kuralı’ - anestezi indüksiyonundan 2 saat öncesine kadar su içimi,
- ‘6 saat kuralı’ - gıdalar için (katı, süt ve süt içeren içecekler) en az altı saatlik bir aç kalma
- Kusma ve aspirasyon riski olan hastalar için anestezi ekibi diğer girişimleri göz önünde bulundurmalıdır. Bu nedenle özel durumlarda ameliyathaneye gitmeden önce hastanın açlık durumu mutlaka değerlendirilmelidir.

4. Ameliyat Bölgesi Tıra ı Yapıldı mı?

Cerrahi i lem öncesi cilt hazırlı ı yapılmalıdır. Bu i lemin zamanlama konusu halen cerrahlar arasında tartışılmaktadır. Ancak bu i lemin ameliyat öncesi hazırlık a amasında gündeme getirilmesi gerekir. Önemli olan gereklili idir.

5. Hasta Üzerindeki De erli E yaları (Varsa Makyaj/Oje ve Protezlerini) Çıkardı mı?

Ameliyat olacak hastanın üzerinde metal bir e ya olması ameliyat sırasında kullanılan bazı cihazlardan dolayı hasta bedeninde yanıklara neden olabilir. Bununla birlikte hasta üzerinde hiçbir ekilde metal olmamalıdır.

6. Hasta Ameliyat Önlü ünü ve Bonesini Giydi mi?

Hiç üphesiz ameliyathane steril bir ortamdır ve bu ortamda ne kadar yabancı materyal varsa sterilizasyon güvenli ini sağlamak o kadar zor olur. Bu nedenle ameliyata girecek hasta klinikte kıyafetlerini çıkarıp ameliyat önlü ünü giyerse hemsterilite daha kolay sa lanır hem de hastanın kendine ait e yaları güvencede olur.

7. Ameliyat Öncesinde Özel Bir i lem Gerekli mi?

Bazı operasyonlar öncesinde o i leme özgü uygulanması gereken prosedürler vardır. Örne in kalın barsak ameliyatı öncesinde barsak temizli i amacı ile lavman uygulanması gibi. Ameliyathaneye gitmeden önce bunun gibi i lemlerin yapılması onaylamak gerekir. Aynı ekilde bazı hastalara ameliyat öncesi vesirasında uygulanması hayati önem taşıyan meditasyonların, (örne in Addisonprotokolü gibi) bu a amada kontrol edilmesi gerekir.

8. Kullanılacak Malzeme, mplant, Kan veya Kan Ürünü Hazır mı?

Günümüzde birçok ameliyatta çe itli tıbbi malzemeler kullanılmaktadır. Bu malzemelerin hasta daha ameliyathaneye gitmeden hazır olması cerrahi güvenli inönemli bir parçasıdır. Hasta henüz serviste iken malzemeler kontrol edilmeli ve kullanılacaksa kan ve kan ürünleri önceden hazır olmalıdır.

9. Hastanın Yapılan Tüm Tetkikleri Yanında mı?

Hastanın ameliyat öncesi yapılan, görüntüleme dahil tüm tetkikleri ve varsa ameliyat öncesi konsültasyonları bir kez daha gözden geçirilir ve ameliyathaneye hasta ile birlikte gitmesi sağlanır.

Kontrol listesinin 1. bölümü burada sonlanmaktadır. Bu amaçla hasta artık güvenli bir şekilde ameliyathaneye teslim edilebilir.

2.12.2. Anestezi Verilmeden Önce

Bu bölüm, işlemlere devam etmenin güvenliğini onaylamak için anestezi verilmeden önce tamamlanır. Bu bölümün kontrolü için en az bir anestezi görevlisi ve sağlık personelinin orada olması gerekir. Kontrol listesi koordinatörü, anestezi hazırlıklarının akıllıca olarak bu bölümü bir kerede veya sıralı olarak doldurabilir. “Anestezi verilmeden Önce” içindeki bölümlerin her birindeki detaylar şöyledir:

10. Hasta Kimliğini, Ameliyat Yerini, Gerçekleştirilecek Girişimini Teyit Etti mi?

Koordinatör hasta ile birlikte sözlü olarak hastanın kimliğini, planlanan girişim türünü, ameliyat alanını ve ameliyat için rıza verilip verilmediğini kontrol eder. Bu tekrar gibi gözükse de ekibin yanlış hastayı veya hastanın yanlış tarafını ameliyat etmemesi veya yanlış girişim yapmaması için gereklidir. Hasta tarafından doğrulanması mümkün değilse, örneğin bir çocuk veya zihinsel engelli hasta söz konusuysa, o zaman bu görevi hasta yakını üstlenir. Eğer hasta yakını da yoksa, bu adımlar atlanır ve acilde olduğu gibi işaretleme yeri boş bırakılır.

11. Ameliyat Yeri İşaretlenmiş mi?

Kontrol listesi koordinatörü, sağ-sol ayrımı gibi taraf söz konusu olan vakalarda veya çoklu yapı olan (örneğin belli bir parmak, deri lezyonu, vertebra gibi) vakalarda ameliyatı yapan cerrahın ameliyat alanını işaretlediğini doğrulamalıdır (genelde çıkmayan boyalı bir kalemle). Orta hattaki yapılarda (örneğin tiroid) ya da tek organlarda (örneğin dalak) işaretleme için yerel uygulamalar izlenmelidir. Bazı hastaneler bu gibi durumlarda cerrahinin yetersiz olmasından dolayı işaretleme

yapmazlar. Fakat tüm vakalarda sürekli olarak alan i aretlemesi yapılması, do ru alan ve do ru giri imi onaylayan yedek bir kontrol sa lamak bakımından önemlidir.

12. Anestezi Güvenlik Kontrolü Tamamlandı mı?

Bu adımı koordinatör anestezi uzmanından anestezi güvenlik kontrolünün (buher bir vakadan önce anestezi ekipmanı, ilaçları ve hastanın anestezi riskinin incelenmesini içeren resmi bir incelemedir) tamamlandı nı do rulamasını isteyerek yapar. Kısaltma ekindeki bir anımsatıcı faydalı olabilir: öyle ki hastanın ameliyat için uygun durumda oldu unu do rulamaya ek olarak, anestezi ekibi **ABCDE** yi tamamlamalıdır:

- **A**irway (havayolu) ekipmanı,
- **B**reathing (solunum) sistemi (buna oksijen ve solunum ajanları dahildir)
- **Su**Ction (aspirasyon)
- **D**rugs (ilaçlar) ve cihazlar
- **E**mergency (acil) ilaçları, ekipmanlar ve yardımın var olup olmadı nın ve i lerin durumda olduklarının incelenmesi.

Bu amaçla düzenlenmi olan anestezi güvenlik kontrol listesi doldurulmalıdır. Bu kontrol listesinin bir parçası olarak hastanın zor entübasyon veya aspirasyon riski de erlendirilir, anestezi ekibinin hastanın zor bir havayolu olup olmadı nı objektif olarak de erlendirdi i sözlü olarak do rulandır. Hava yolunu puanlandırmak için çe itli yollar vardır (örne in Mallampati skoru, thyromental mesafe, ve Bellhouse-Doré skoru). Geçerli bir yöntem kullanan objektif bir havayolu de erlendirmesi, yöntemin seçiminin kendisinden daha önemlidir. Anestezi sırasında hava yolu kaybından kaynaklanan ölümler halen küresel olarak yaygın bir sorun olmaya devam etmektedir. Fakat uygun planlama ile bunun önüne geçilebilir. E er havayolu de erlendirmesi zor havayolu olması riskinin yüksek oldu unu gösterirse (örne in Mallampati skoru 3-4 arası olursa), anestezi ekibi bir havayolu problemine kar ı hazırlıklı olmalıdır. Buna en azından anestezi yakla ımının ayarlanması (örne in mümkünse bölgesel anestezi kullanılması) ve acil ekipmanın eri ilebilir duruma getirilmesi dahildir. Yetkin bir asistan (ikinci bir anestezi görevlisi, cerrah veya ekibin hem ire üyesi olabilir), anestezinin verilmesine yardımcı olmak üzere bulunmalıdır.

Aspirasyon riski de hava yolu de erlendirmesinin bir parçası olarak de erlendirilmelidir. E er hastanın semptom atik aktif reflüsü veya dolu bir midesi varsa anestezi görevlisi aspirasyon olasılı na kar ı hazırlıklı olmalıdır. Bu risk anestezi planı de i tirilerek, örne in hızlı indüksiyon teknikleri kullanarak veya indüksiyon sırasında krikoid baskı yapmak üzere asistan yardımı alınmasıyla azaltılabilir. Zor hava yolu oldu u veya aspirasyon riskine sahip oldu u kabul edilen bir hasta için, ilgili alan ancak anestezi görevlisinin hastanın ba ucunda uygun ekipman ve yardım mevcut oldu unu do rulamasından sonra i aretlenmeli ve anestezi verilmeye ba lanmalıdır.

13. Pulse Oksimetre Hasta Üzerinde ve Çalış ır Durumda mı?

Kontrol listesi koordinatörü, anestezi verilmeden önce hasta üzerine bir pulseoksimetre yerle tirildi ini ve bunun düzgün çalış ır durumda oldu unu do rular. Tercih edilen, pulse oksimetrenin okuma göstergesinin ameliyat ekibi tarafından görülebilir durumda olmasıdır. Mümkün olursa hastanın nabızı ve oksijen saturasyonu konusunda ekibi uarmak için sesli bir sistem de kullanılmalıdır. Pulseoksimetre, Dünya Sa lık Örgütü tarafından güvenli anestezinin gerekli bir bile eni olarak kuvvetle önerilmektedir. E er i ler durumda bir pulse oksimetre yoksa cerrahve anestezi görevlileri hastanın durumunu de erlendirmeli ve bir tane bulunana kadar ameliyatı erteleme seçene ini dü ünmelidirler. Acil durumlarda, mesela hayat veyabir uzvu kurtarmak için, bu ko uldan feragat edilebilir ancak böyle durumlarda ilgilialan i aretsiz yani bo bırakılmalıdır.

14. Hastanın Bilinen Bir Alerjisi Var mı?

Kontrol listesi koordinatörü, bu ve sonraki 2 soruyu anestezi görevlisine sormalıdır. Öncelikle koordinatör hastanın bilinen bir alerjisi olup olmadığını ve varsa ne oldu unu sormalıdır. Cevabı bilse bile, anestezi görevlisinin hasta için risk te kil eden alerjilerin farkında olup olmadığını do rulamak için sormalıdır. Daha sonra bununla ilgili alan doldurulur. E er koordinatör anestezi görevlisinin farkında olmadığını bir alerjiyi biliyorsa, bu bilgiyi iletmelidir.

15. Gerekli Görüntüleme Mevcut mu?

Görüntüleme, ortopedi, bel kemiği ve torasik girişimler ile çeşitli tümör rezeksiyonu içeren ameliyatların uygun planlanması ve yapılması için kritik önem taşımaktadır. “Ameliyat Kesisinden Önce” bölümü esnasında koordinatör cerraha vaka için görüntüleme gerekip gerekmediğini sorar. Gerekiyorsa, koordinatör söz konusu görüntülemenin odada ve görünür şekilde mevcut olduğunu sözlü olarak doğrulamalıdır. Ancak o zaman ilgili bölümü aretlenmelidir. Görüntüleme gerekiyor ancak yok ise mutlaka getirilmesi talep edilmelidir. Görüntüleme gerekli ama mevcut değilse o zaman cerrah görüntüleme olmadan devam edilip edilmeyeceğine karar verecektir. Fakat böyle bir durumda ilgili kutu boş bırakılacaktır. Eğer görüntüleme gerekli değilse, “geçersiz” kutusu işaretlenmelidir.

16. Hastanın >500 ml ya da Daha Fazla Kan Kaybı (Çocuklarda >7 ml/kg) Riski Var mı?

Bu güvenlik adımında koordinatör anestezi ekibine, kritik bir kan kaybı olayına karşı farkındalığı sağlamak üzere ameliyat sırasında yarım litreden fazla kan kaybı riski olup olmadığını sorar. Büyük oranda kan kaybı, cerrahi hastalarına yönelik en yaygın ve en önemli tehlikelerden biridir, çünkü 500 ml’den fazla kan kaybı olduğu zaman hipovolemik şok riski artmaktadır (çocuklarda >7 ml/kg). Yeterli hazırlık ve yeniden canlandırma yapılması olumsuz sonuçları önemli derecede azaltabilir. Cerrahlar kan kaybı riskini anestezi veya sağlık personeline her zaman iletmeyebilirler. Bu yüzden eğer anestezi görevlisi o vaka için majör kan kaybı riskinin ne olduğunu bilmiyorsa, anestezi vermeden önce mola alarak cerrahla bu riski konuşmalıdır. Eğer 500 ml’den fazla kan kaybı riski varsa, en az iki büyük delikli intravenöz damar yolu seti ya da cilt kesisinden önce santral venöz kateter yerleştirilmesi kuvvetle önerilir. Buna ilaveten ekip yeniden canlandırma için sıvı veya kanın mevcut olduğunu doğrulamalıdır. (Not: Beklenen kan kaybı ameliyatkesisinden önce kısmında tekrar gözden geçirilecektir. Bu anestezi görevlisi ve sağlık personeli için ikinci bir güvenlik kontrolü sağlayacaktır). Bu noktada 2. bölüm tamamlanmıştır ve ekip anestezi veremeyeceklerine devam edebilir.

2.12.3. Ameliyat Kesisinden Önce

Cilt veya ameliyat kesisinin hemen öncesinde, ekip tarafından belli ba lı temel güvenlik kontrollerinin yapıldı ı ve ekipteki her bir ki inin yer aldı ı dakikalık bir duraklamadır.

17. Tüm Ekip Üyeleri Ad ve Görevlerini Belirterek Kendilerini Tanıtırlar

Ameliyat ekibi üyeleri sıklıkla de i ebilir. Yüksek risk te kil edebilecek durumlarda en etkili yönetim; tüm ameliyat ekibi üyelerinin, ekibin di er ilgili üyelerinin kim oldu unu, görevlerini ve kabiliyetlerini bilmesini gerektirir. Basit bir tanıtım bunu sa layabilir. Koordinatör odadaki her bir ki iye adları ve görevlerini belirterek kendilerini tanıtmalarını ister. Ekipte bulunanlar birbirlerine a ina ise ki iler birbirlerini tanıdıklarını do rulayabilirler, ancak yeni personel veya en son ameliyattan sonra yer de i tirmi olan ekip üyesi, ö renci ve di er personel de dahil olmak üzere kendilerini tanıtmalıdır.

18. Cerrah, Anestezi Görevlisi ve Hem ire;

- Hastanın do ru hasta oldu unu,
- Ameliyat yerinin do rulu unu,
- Gerçekle tirilecek giri imi sözlü olarak onaylar.

Bu adım “ Ameliyat Kesisinden Önce” evresinin en önemli adımıdır ve birçok ulusal ve uluslararası düzenleyici organizasyonların standartlarını kar ılamaktadır. Cerrah cilt veya ameliyat kesisini yapmadan hemen önce, kontrol listesini koordine eden ki i veya ekibin bir di er üyesi ameliyathanedeki herkesin durmasını ister. Ardından sözlü olarak hastanın adını, gerçekle tirilecek giri imi, ameliyat bölgesini ve yanlı bir hastanın ameliyat edilmesini veya o hastanın yanlı bir bölgesinin ameliyat edilmesini önlemek için hastanın pozisyonunu do rular. Örne in, görevli hem ire öyle bir anons yapabilir “ imdi kontrol için mola anımı kullanalım” ve öyle devam eder, “Herkes bu hastanın X hastası oldu u ve sa kasık fitı ı tedavisi olaca ı konusunda görü birli i içinde midir?” Bu soruya ait alan, anestezi görevlisinin, cerrahın ve görevli hem irenin açık bir ekilde ve ahsen onayı alınmadı ı takdirde i aretlenmemelidir. E er hasta uyutulmamı sa, hastadan da aynı onayı almak faydalı olacaktır.

19. Gerçekle eabilecek Kritik Olaylar Gözden Geçirilir

Etkili bir ekip ileti mi, güvenli cerrahi giri mi, verimli ekip çalı ması vema jör komplikasyonların önlenmesi konularında kritik önemi olan bir bile endir. Basitçe ekibin her bir üyesine belirlenmi soruları sesli olarak sorma yoluyla yapılabilir. Tartı mada sıralamanın bir önemi yoktur, ancak her bir kutucuk, her birdisiplin kendisine yönelik bilgileri sa ladıktan sonra i aretlenmelidir. Tüm ekibina ina oldu u giri imlerde, cerrah basitçe “Bu X süresinin rutin bir vakasıdır” diye belirtebilir ve sonrasında anestezi uzmanından ve hem ireden onların özel kaygılarını olup olmadığını sorar.

Cerrahın Gözden Geçirdikleri: Kritik ve beklenmedik adımlar, ameliyatsüresi, beklenen kan kaybı nedir?

“Kritik veya beklenmedik adımlar” ile ilgili konular, hastayı ani kan kaybı, yaralanma veya di er majör hastalıklara maruz kalma gibi risk altına sokabilecek tüm adımlar hakkında bütün ekip üyelerini en azından bilgilendirmeyi hedeflemektedir. Bu konular aynı zamanda özel ekipman, implant veya hazırlık gerektirebilecek durumlar için atılacak adımları gözden geçirme fırsatı tanımaktadır.

Anestezi Ekibinin Gözden Geçirdikleri: Hastaya özgü anestezi riskleri var mı?

Majör kan kaybı, “hemodinamik instabilite” veya ba ka majör morbidite riski bulunan hastalarda, anestezi ekibinin bir üyesi yüksek sesle spesifik planları ve yeniden canlandırma ile ilgili, özellikle de, kan ürünleri kullanılması gerekti inde ve (kalp rahatsızlı ı veya gö üs hastalı ı, ritim bozuklu u, kan düzensizli i, vs) gibi comorbidite veya komplike bir hasta özelli i olan durumlar için endi elerini yeniden gözden geçirmelidir. Ço u ameliyat ekiple payla ılması gereken herhangi bir kritik risk veya endi e ta ımayabilir. Bu gibi durumlarda anestezi uzmanı sadece “bu vaka ile ilgili herhangi bir kaygım yoktur” diyebilir.

Hem ire Ekibinin Gözden Geçirdikleri: Sterilite (indikatör sonuçları dahil olmak üzere) teyit edildi mi? Ekipmanla ilgili sorun veya endi e var mı?

İlgili vaka için ekipmanları hazırlayan hem ire veya teknoloji uzmanı sözlü olarak sterilizasyonun gerçekleşti ini onaylar ve ısı ile sterilize edilen ekipmanlar için ise sterilite indikatörü ba arılı bir sterilizasyon yapıldı nı do rular. Bu aynı zamanda cerrahi aletler ya da di er hazırlıklarla ilgili herhangi bir sorun varsa ya da cerrahi hem irelerinin dile getirmek istedi i güvenlik konularını,

özellikle cerrah ve anestezi ekibi tarafından üzerinde durulmayanları tartışmak için bir fırsattır. Özellikle belirtilmesi gereken bir konu yoksa, hemire ya da teknisyen, “Sterilite do rulanđı. Herhangi bir özel bir notum yok.” der.

20. Son 60 Dakika ĉinde Antibiyotik Profilaksisi verildi mi?

Yara enfeksiyonuna yönelik verilen antibiyotik profil aksisinde, serum veya dokuda yeterli antibiyotik düzeyinin elde edilmesi gerekti ine ilikin salam kanıtlara ve geni çaplı bir görü birli ine ra men, cerrahlar arasında insizyondan bir saat öncesinde antibiyotik verilmesi hususunda fikir ayrılıkları vardır. Cerrahi enfeksiyon riskini azaltmak için, koordinatör “Ara” evresinde son 60 dakika içinde profilaktik antibiyotik verilip verilmedi ini yüksek sesle sorar. Antibiyotik vermekle görevli ekip üyesi (genellikle de anestezi uzmanı) sözlü olarak onay vermelidir. E er antibiyotik profilaksisi henüz verilmemi se, insizyon öncesi hemen verilmelidir.

E er antibiyotik profilaksisi 60 dakikadan da önce yapılmı sa, ekip hastaya doz tekrarı yapmalıdır; e er ek doz verilmez ise i aretleme alanı bo bırakılmalıdır. Profilaktik antibiyotiklerin verilmesi uygun görülmemi se (cilt kesisi yapılmayan olgular, antibiyotiklerin tedavi için verildi i kontamine olgular gibi), ekip bunu sözel olarak onayladı ı takdirde “uygulanamaz” alanı i aretlenebilir.

21- 22. Kullanılacak Malzemeler Hazır ve Sterilizasyonu Uygun mu?

Ameliyat kedisinden önce son bir kez kullanılacak malzemelerin hazır vesterilizasyon kontrollerinin uygun oldu u kontrol edilmelidir. Önemli olan rutin kullanılan malzemelerden çok dı arıdan kullanılacak malzemelerin uygunlu unun onaylanmasıdır.

23. Kan ekeri Kontrolü Gerekli mi?

Yapılan ameliyatın kalitesini do rudan etkileyen, ameliyat sonrası dönemde iyile me sürecini etkileyen faktörlerden bir tanesi ise hastanın kan ekeri regülasyonudur. Preoperatif dönemde regülasyon sa lanan hastalarda yapılan cerrahi i lem sırasında da kan ekeri takibi yapılması ve bazen müdahale edilmesi gerekebilir. Bu durumun ameliyat kedisinden önce kontrol edildi i onaylanmaktadır.

24- 25. Hasta Antikoagülan Kullanıyor Mu? Derin Ven Trombozu Profilaksisi Gerekli mi?

Ameliyat sonrasında yara iyileme sürecini etkileyen bir başka faktör ise ameliyat sırasında fazla doku harabiyeti olmamaktır. Gereksiz doku harabiyetien çok hemostaz (kanama kontrolü) sırasında olmaktadır. Hastanın tıbbi geçmiinde antikoagülan kullanımı olması cerrahi işlem sırasında kanama riskini artıracaktır. Bu riskin değerlendirilmesi bu amaçla yapılmalıdır. Ameliyat sonrası dönemde hareketsizliğin artması ile artan derin ven trombozu riski bilinmeli ve önlem alınmalıdır. Her iki durumun da tüm ekip üyeleri tarafından bilindiği doğrulanmalıdır.

2.12.4. Ameliyattan Çıkmadan Önce

Bu bölüm hasta ameliyathaneden çıkarılmadan önce tamamlanmalıdır. Amaç, önemli bilgilerin, hastanın ameliyat sonrası bakımından sorumlu olan bakım ekiplerine aktarılmasını kolaylaştırmaktır. Bu kontrol cerrahi hem iresi, cerrah ya da anestezi görevlisi tarafından yapılabilir ve cerrah ameliyat odasını terk etmeden tamamlanmalıdır. Örneğin, yaranın kapatılmasıyla eş zamanlı olabilir. Yine, her i aretleme alanı mutlaka koordinatör ilgili konunun ekip tarafından ele alındığını onaylattıktan sonra i aretlenmelidir.

Hem iresiz Sözlü Olarak Bunları Ekip ile Teyit Eder:

26. Gerçekleştirilen Girişimin Teyit Edilmesi

Bir ameliyatın seyrinde, girişim de i mi ya da uzatılmı olabileceğinden kontrol listesi koordinatörü, cerrah ve ekiple tam olarak hangi girişimin yapıldığını doğrulamalıdır. Bu bir soru olarak “hangi girişim gerçekleştirildi?” ya da onay alınarak yapılabilir, “x girişimini gerçekleştirdik, doğru mu?” eklindedir.

27. Alet, Spanç/Kompres ve i ne Sayımlarının Do rulu u

Cerrahi için açılan alanda unutulmuş aletler, spançlar ve i neler sık rastlanmayan ancak kalıcı ve potansiyel olarak kötü hatalardır. Bu nedenle, cerrahi ya da sirküler hem ire en sonspanç ve i ne sayımlarının tam oldu nu sözlü olarak do rulanmalıdır. Açık bir kavite olması durumunda alet sayımlarının tam oldu u da do rulanmalıdır. Sayımlarda uygun bir ekilde hem fikir olunmaması halinde, uygun adımların atılabilmesi için (kuma kıvrımlarının, çöpün, yaranın ve ihtiyaç halinde radyografik görüntülerin gözden geçirilmesi) ekip alarma geçirilmelidir. Sayım uygulanmasına gerek olmayan girişimlerde “Sayım Uygulanmaz” alanı i aretlenir.

28. Numunenin Ne ekilde Etiketlendi i (Hasta Adı, Alınan Bölge Dahil)

Patolojik numunelerin hatalı etiketlenmesi hasta için potansiyel bir hatadır ve sıkça rastlanan bir laboratuvar hatası kayna ı oldu u görülmü tür. Sirkle hem ire, hastanın adını, numunenin tanımını ve bütün ayırt edici i aretleri yüksek sesle okuyarak, girişim süresince alınan bütün patolojik numunelerin do ru bir ekilde etiketlenmi oldu nu do rular.

29. Ele Alınması Gereken Ekipman Sorunları Olup Olmadı ı

Ameliyat odasında aletlerle ilgili sorunlara her yerde rastlanabilir. Hata kaynaklarının ve arızalanan aletlerin ya da ekipmanların do ru bir ekilde tanımlanması, bu aletlerin ameliyathaneye tekrar geri dönmesini engelleme konusunda önem ta ır. Koordinatör, bir vaka sırasında ortaya çıkan ekipman hatalarının ekip tarafından tanımlanmasını sa lamalıdır.

30. Cerrah, Anestezi Görevlisi ve Hem ire Bu Hastanın Ameliyat Sonrası yile mesi ve Tedavisinin Yönetimine Yönelik Kilit Gereksinimleri Gözden Geçirir

Cerrah, anestezi görevlisi ve hem ire, özellikle hastayı etkileyebilecek ameliyat ya da anestezi konularına odaklanarak, ameliyat sonrası iyile me ve yönetme planını gözden geçirmelidir. yile me süresince hastaya özgü bir risk te kil eden olaylar özellikle önemlidir. Bu adımın amacı, kritik bilgilerin ekibin tamamına uygun bir ekilde iletilmesidir. Tüm bu bilgilerin ameliyat ekibi kadar hastanın ameliyathaneden çıktıktan sonraki takip sürecinde yer alacak sa lık personeline de

iletilebilmesi için bu kontrol listesinin son bölümüne yazılı olarak önemli notlar belirtilmelidir.

Bu nihai adımla, Güvenlik Kontrol Listesi tamamlanır. stenmesi halinde kontrol listeleri hasta kaydına yerle tirilebilir ya da kalite güvencesi incelemesi için ayrı bir kayıt altında da tutulabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Ara tırmanın ekli

Ara tırma, tanımlayıcı olarak yapılmı tır.

3.2. Ara tırmanın Yapıldığı ı Yer ve Özellikleri

Ara tırma K.K.T.C’de izin verilen ameliyathanesi olan Devlet Hastaneleri (Lefko a Dr. Burhan Nalbanto lu Devlet Hastanesi, Gazima usa Devlet Hastanesi, Girne Dr. Akçiçek Hastanesi) ve Yakın Do u Üniversitesi Hastanesi’nde yapılmı tır.

- **Lefko a Devlet Hastanesi:** 1978 tarihinde “Lefko a Devlet Hastanesi” olarak hizmete açılan ve 35 yıllık süreçte, giderek artan bir hizmet kalitesi ve i yükü ile K.K.T.C halkına en üst düzeyde hizmet veren devlet hastanesidir. Organ nakli dı ında her türlü tıbbi tetkik ve tedavi hizmeti verilmektedir. Hastanede yapılan ortalama ameliyat sayısı 5.000 civarındadır. 450 yatak kapasiteli hastanedir. Ameliyathanede güvenli cerrahi kontrol listesine dair herhangi bir döküman kullanılmıyor. Hastanede ameliyathane ekibi olarak; 21 hem ire, 43 cerrah, 6 anestezi, 6 anestezi hem iresi, 2 anestezi teknikeri, 2 cerrahi teknikeri olmak üzere 80 personel görev yapmaktadır.
- **Gazima usa Devlet Hastanesi:** 2007 yılında hizmete açılmasıyla sadece Gazima usa’ya de il skele ilçesi ve Karpaz bölgesine de hizmet vermektedir. Dr. Burhan Nalbanto lu Devlet Hastanesinden sonra Ma usa ve yöre halkına hizmet veren 120 yataklı ikinci büyük hastanedir. Ameliyathanelerde iç ve dı haberle me sa lanmaktadır. Ameliyathanede güvenli cerrahi kontrol listesine dair herhangi bir döküman kullanılmamakla birlikte hastalar ameliyathaneye alınmadan sadece sözlü olarak teyit edildi i gözlendi. Hastanede ameliyathane ekibi olarak; 12 hem ire, 16 cerrah, 2 anestezi, 2 anestezi hem iresi, 2 anestezi teknikeri olmak üzere 34 personel bulunmaktadır.

- **Girne Dr. Akçiçek Hastanesi:** 1975 yılında hizmete açılmıştır. 56 yataklı hastanedir. Ameliyathanede güvenli cerrahi kontrol listesine dair herhangi bir döküman kullanılmamakla birlikte hastalar ameliyathaneye alınmadan sadece sözlü olarak teyit edildiği gözlemlenmiştir. Hastanede ameliyathane ekibi; 5 hemşire, 8 cerrah, 2 anestezi uzmanı, 2 anestezi uzman yardımcısı olmak üzere 17 personelden oluşmaktadır.
- **Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi:** 2010 yılında hizmete açılarak Avrupa standartlarının üzerindeki en son teknolojik donanımı ve sağlık hizmetlerinin yüksek düzeyde sunulduğu, Kıbrıs Türkleri'nin dışarıya bağımlılıktan kurtarmak amacıyla uluslararası standartta özel hastane konseptindedir. 8 tane ameliyathane odasına sahiptir. Uluslararası standartlar ve Joint Commission International" (JCI) akreditasyon kriterlerine uygun olarak yapılmış olan hastane, hastaların gerek medikal, gerekse diğer ihtiyaçlarını en üst kalite seviyesinde karşılamaktadır. Güvenli cerrahi formuna uygun olarak Ameliyathane Hasta Güvenlik Formu, Ameliyathanede Kullanılan Alet/Malzeme Sayım Formu ve Ameliyatta Kullanılan Set Sayım Formu olarak kullanılmaktadır. Hastanede ameliyathane ekibi olarak; 12 hemşire, 20 cerrah, 3 anestezi uzmanı, 5 cerrahi teknisyeni, 6 anestezi teknikeri olmak üzere 46 personel bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini 10 Aralık 2014 – 10ubat 2015 tarihleri arasında çalışmaya izin verilen KKTC' deki Devlet Hastaneleri ve Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nin ameliyathanelerinde görev alan 90 cerrah, 56 hemşire, 10 anestezi teknikeri, 13 anestezi uzmanı, 11 anestezi uzman yardımcısı, 4 cerrahi teknisyen olmak üzere 177 kişi oluşturmaktadır.

Örneklem seçimine gidilmeyip toplamda 177 kişi olan ameliyathane ekibinden 57 kişinin bireysel olarak çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, yıllık izin, rapor gibi nedenlerden dolayı çalışmaya katılmaması dışında 120 kişiye ulaşılmıştır.

3.4. Ara tırmanın Etik Boyutu

Soru formlarının ve ara tırmanın yürütülebilmesi için Yakın Do u Üniversitesi Etik Kurulundan yazılı izin ve aynı zamanda anketlerin uygulanacağı ilgili hastanelerden ve Sağlık Bakanlığı'ndan da yazılı izin alınmıştır (EK-I, EK-II, EK-III). Ara tırmaaya katılan ameliyathane ekibine veri toplama formlarının uygulanabilmesi için açıklama yapılarak bilgilendirme ve rıza formu (EK IV) imzalatılmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1 Veri Toplama Formlarının Hazırlanması:

Veriler; cerrahların, anesteziistlerin, hemirelerin ve teknikerlerin tanımlayıcı özelliklerini içeren bir soru formu (EK V) ve ekibin güvenli cerrahi kontrol listesi hakkındaki uygulamalarını ve görüşlerini içeren soru formu ile (EK VI) toplanmıştır.

Ara tırma yapılacak ilgili hastanelerin ameliyathane bölümlerinde güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımına ilişkin verileri elde etmek amacıyla literatür taranarak (Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, 2011; Joint Commission Sentinel Event Statics, 2013; Cooper MD, 2000; Pauniahoo et al, 2009) hazırlanan veri toplama formu, çoklu ve tek seçimli, bir kısmı açık uçlu ve bir kısmı da aynı zamanda birden fazla seçenekli özelliktedir.

Soru formun I. bölümü tanımlayıcı özellikler, eğitim düzeyi, çalışma yılı, ameliyathanede çalışma yılı, günlük cerrahi işlem sayısı, tıbbi hatalar, hasta güvenli kavramı ile ilgili eğitim alma durumlarına ilişkin bilgiler ile ilgili 17 sorudan oluşmaktadır.

Soru formun II. bölümü ameliyathaneye girmeden önce, anestezi verilmeden önce, ameliyat kedisinden önce, ameliyattan çıkmadan önce, hasta risk değerlendirilmesi ve ameliyathane ekibinin görüş ve uygulamaları ile ilgili 35 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması:

Soru formunun anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini kontrol etmek amacıyla ekipten 10 kişiye (2 cerrah, 1 anestezi, 4 hemire, 1 anestezi teknikeri, 1 anestezi hemiresi, 1 cerrahi teknikeri) ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonunda

sorularda herhangi bir de i iklik gerekmeyp ön uygulama yapılan 10 ki i de ara tırma kapsamına dahil edilmi tir.

3.5.3. Verilerin Toplama Formunun Uygulanması

Her iki soru formunun yanıtlanması ortalama 5 dk zaman almaktadır. Katılımcılar ara tırma hakkında bilgilendirilerek veriler yüz yüze görü lerek, görü meye uygun olmayan durumlarda ise ameliyathane sorumlusuna teslim edilip uygun zamanda toplanmak üzere elde edilmi tir. Ara tırmanın uygulanması 10 Aralık 2014-15 ubat 2015 tarihleri arasında yapılmı tir.

3.5.4. Verilerin De erlendirilmesi

Elde edilen veriler, SPSS 20. 0 paket programı kullanılarak de erlendirilmi tir. Bütün verilerin sayı, yüzdeleri hesaplanarak ve veriler %95 güven aralı nda de erlendirilmi olup Pearson Chi-Square testi uygulanmı tir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Ameliyathane Ekibinin Sosyo-Demografik Özellikleri (N=120)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	72	60.0
Kadın	48	40.0
Ya		
18-30	29	24.2
31-40	51	42.5
41-50	29	24.2
51-60	11	9.2
Meslek		
Cerrah	44	36.7
Anestezist	8	6.7
Hem ire	48	40.0
Anestezi teknikeri	10	8.3
Anestezi hem iresi	2	1.7
Cerrahi teknikeri	8	6.7
E itim		
Meslek Lisesi	11	9.2
Ön lisans	25	20.8
Lisans	35	29.2
Lisans üstü	49	40.8
Çalı tıkları Hastaneler		
Devlet Hastanesi	80	66.7
Üniversite Hastanesi	40	33.3
Meslekte Çalı ma Süresi		
0-4 yıl	19	15.8
5-9 yıl	27	22.5
10-14 yıl	26	21.7
15 yıl ve üstü	48	40.0
Ameliyathanede Çalı ma Süresi		
0-4 yıl	35	29.2
5-9 yıl	32	26.7
10-14 yıl	22	18.3
15 yıl ve üstü	31	25.8
Güvenli Cerrahi Hakkında Bilgisine li kin fadesi		
Yok	8	6.7
Var	68	56.7
Kısmen	44	36.7
Hizmet çi E itim Alma Durumu		
Evet	37	30.8
Hayır	83	69.2
Günlük Vaka Sayısı		
1-5 vaka	31	25.8
6-10 vaka	39	32.5
11-15 vaka	19	15.8
16 vaka ve üstü	31	25.8

Tablo 4.1’de ameliyathane ekibinin sosyo-demografik özellikleri da ılımları verilmi tir.

Ara tırma kapsamına alınan ameliyathane ekibinin yarıdan fazlasının (%60) erkek, %42.5’lik en fazla oranla 31-40 ya arasında oldu u ve katılan ekibin %66.7’sinin devlet hastanelerinde çalı tı ı belirlenmi tir. Çalı maya katılan bireylerin ço unluk olarak sırasıyla hem ire (%40), cerrah (%36.7) ve anestezi teknikeri (%8.3) olu turdu u bulunmu tur.

Ara tırma kapsamına alınan ameliyathane ekibinin %40.8’i lisans üstü mezunu oldu u, %40’ı 15 yıl ve üzeri yıl meslekte görev aldıkları ve bunlarında %29.2’si 0-4 yıl ameliyathanede görev yaptıkları belirlenmi tir. Çalı maya katılan ameliyathane ekibinin günlük müdahale edilen vaka sayısı incelendi inde; ço unlukla 6-10 vakaya (%32.5) müdahale bulduklarını ifade ettikleri bulunmu tur. Bireylerin yarıdan fazlasının (%56.7) güvenli cerrahi kavramı ile ilgili bilgi dırumunun yeterli oldu u, %69.2’sinin ise güvenli cerrahi konusunda hizmet içi e itim almadı ı saptanmı tir.

Tablo 4.2. Tıbbi Hatalar (N=120)

Son Dönemlerde Karşılaşılan Tıbbi Hatalar (N=39)*	Sayı	%
Sterilizasyona yöntemlerine uymama	11	28.1
Yetersiz ön hazırlık, tıbbi cerrahi teknik hatalar ve malzeme eksikliği	7	18
Yanlış ilaç uygulanması ve gazlı bez unutulması	5	12.8
Ameliyathane giriş kurallarına uymama	5	12.8
Vaka bilgisi yetersizliği sonucu cerrahi işlem süresini uzatacak minör hatalar	3	7.7
Koter plâk hataları	3	7.7
Malpraktis	2	5.1
Hasta röntgen filmi kaybı ya da deşimi	1	2.6
Skopi ile çalışan hekimlerin, hemşirelerin yetersiz kalması	1	2.6
Bireysel meslek hataları ve mesleki yeterliliği olmayan personel çalıştırılması	1	2.6
Ekibin Yapımı Olduğu Hatalarla Karşılaşma Durumu		
Evet	53	44.2
Hayır	67	55.8
Karşılaşılan Ekip Hataları (N=36)*		
Sterilizasyon konusunda dikkatsizlik	10	28
Ameliyatlarda bilgi, eğitim ve konsantrasyon eksikliği	6	16.8
Yanlış tediye his, yanlış ameliyat, yanlış gaz sayımı	7	16
Cerrahi teknik hata	3	8.4
Cerrahi el yıkma tekniklerine dikkat edilmemesi	3	8.4
Koter plâk yanlışları	2	5.6
Yanlış ilaç hazırlanması	2	5.6
sim benzerlik hatası	1	2.8
Cerrahi alet bilgisi, sırası ve vaka hakimiyetinin olmaması	1	2.8
Hastaların enfeksiyonla karşı karşıya kalması	1	2.8
Tıbbi Hata Yapma Durumu		
Evet	13	10.8
Hayır	107	89.2
Karşılaşılan Tıbbi Hatalar (N=12)*		
Tıbbi cerrahi teknik hata	10	83
HBV hastasının iğnesinin batması	1	8.3
Yanlış ilaç uygulanması	1	8.3

* Tabloda yüzdeler N üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.2’de ara tırma kapsamına alınan ameliyathane ekibinin son dönemlerde kar ıla tı ı tıbbi hatalar incelendi inde, %28.1’inin sterilizasyon yöntemlerine uyum sa lanmadı ını, %18’inin yetersiz ön hazırlık, tıbbi cerrahi teknik hatalar ve malzeme eksikli i oldu unu, %12.8’inin yanlı ilaç uygulanması ve gazlı bez unutuldu unu, %12.8’inin ameliyathane giri kurallarına uyum sa lanmadı ını, %7.7’sinin vaka bilgisi yetersizli i sonucu cerrahi i lem süresini uzatacak minör hataların oldu unu, %7.7’sinin koter pla ı hatalarını, %5.1’inin malpraktisi, %2.6’sının hasta röntgen filmi kaybı yada degi imini, %2.6’sının skopi ile çalı an hekimlerin, hem irelere yetersiz kaldı ını, %2.6’sının bireysel meslek hataları ve mesleki yeterlili i olmayan personel çalı tırıldı ını belirtmi lerdir.

Ara tırma kapsamına alınan ameliyathane ekibinin %44.2’si ekip hatası ile ka ıla tı ını, %55.8’i ise ekip hatası ile kar ıla madı ını belirtmi tir.

Ara tırma kapsamına alınan ameliyathane ekibinin kar ıla tıkları ekip hataları incelendi inde, %28’i sterilizasyon konusunda dikkatsiz olundu unu, %16.8’inin ameliyatlarda bilgi, e itim ve konsantrasyon eksikli i ile kar ıla ıldı ını, %16’sının yanlı te his, yanlı ameliyat, yanlı gaza sayımı oldu unu, %8.4’ünün cerrahi teknik hata oldu unu, %8.4’ünün cerrahi el yıkama tekniklerine dikkat edilmedi ini, %5.6’sının koter pla ı yanlı larının oldu unu, %5.6’sının yanlı ilaç hazırlandı ını, %2.8’inin isim benzerli i hataları ile kar ıla tı ını, % 2.8’i cerrahi alet bilgisi, sırası ve vaka hakimiyetinin olmadı ını, %2.8’inin hastaların enfeksiyonla kar ı kar ıya kalındı ı durumlar oldu u belirtilmi tir.

Ara tırma kapsamına alınan ameliyathane ekibinin %10.8’i tıbbi hata yaptı ını, %89.2’si ise tıbbi hata yapmadı ını belirtmi tir.

Kar ıla ılan tıbbi hatalar incelendi inde, %83’ü tıbbi cerrahi teknik hata, oldu unu, %8.3’ünün HBV hastasının i nesinin battı ını, %8.3’ünün ise yanlı ilaç uygulaması hatalarının oldu unu belirtmi tir.

Tablo 4.3. Tıbbi Hata Bildirimi (N=120)

Tıbbi Hataların Hasta /Yakınına Açıklanmasını Uygun Bulma Durumu	Sayı	%
Evet	56	46.7
Hayır	64	53.3
Hata Bildiriminin Sağlık Çalışanını Etkilemesi		
Evet	79	65.8
Hayır	41	34.2

Ara tırma kapsamına alınan ameliyathane ekibinin %46.7'si tıbbi hataların hasta /yakınına açıklanmasını uygun bulup, %53.3'ü tıbbi hataların hasta /yakınına açıklanmasını uygun olmadığını belirtmiştir.

Ara tırma kapsamına alınan ameliyathane ekibinin %65.8'i hata bildirimini sağlık çalışanını etkilediğini, %34.2'si hata bildirimini sağlık çalışanını etkilemediğini belirtmiştir.

Tablo 4.4. Ameliyathane Ekip Kavramı (N=120)

Ekip Kavramına Yaklaşım	Sayı	%
Evet	106	88.3
Hayır	14	11.7

Ara tırma kapsamına alınan ameliyathane ekibinin %88.3'ü etkin ekip çalışmasının olduğunu, %11.7'sinin ekip çalışmasının olmadığını belirtmiştir.

Tablo 4.5. Tıbbi Hataların Olu um Nedenleri (N=120)

Nedenler	Sayı	%
A ır ı i yükü ve i yükü zorlanması	84	70.0
Hem ire sayısının az olması	64	53.3
Bilgi eksikli i	64	53.3
leti im eksikli i	61	50.8
Sa lık çalı anlarının bireysel hataları	55	45.8
Sa lık çalı anlarının e itimlerinin yetersizli i	54	45.0
ini sevmemesi	37	30.8
Sa lık çalı anlarının ekip çalı masına yatkınlı ının olmaması	34	28.3
Hekim sayısının az olması	26	21.7
Di er (N=12)*		
Kordinasyonu sa layacak sistemin olmaması	4	33.2
Yapılan i in ciddiyetinde olmama	4	33.2
Yöneticilerin ameliyathanenin öneminin farkında olmaması	2	16.6
Cezalandırmanın olmaması	1	8.3

* Tabloda yüzdeler N sayısına göre alınmıştır.

Ara tırma kapsamına alınan ameliyathane ekibinin tıbbi hataların olu um nedenleri incelendi inde, %70.0'ı a ır ı i yükü ve i yükü zorlanmasının oldu unu, %53.3'ü hem ire sayısının az oldu unu, %53.3'ü bilgi eksikli i oldu unu, %50.8'i ileti im eksikli i oldu unu, %45.8'i sa lık çalı anlarının bireysel hatalarının oldu unu, %45.0'ı sa lık çalı anlarının e itimlerinin yetersiz oldu unu, %21.7'si hekim sayısının az oldu unu, %33.2'si koordinasyonu sa layacak sistemin olmadı ını, %33.2'si yapılan i in ciddiyetinde olunmadı ını, %16.6'sı yöneticilerin ameliyathanenin öneminin farkında olmadı ını ve %8.3'ü ise cezalandırmanın olmadı ını belirtmiştir.

Tablo 4.6. Sosyo-demo rafik Özellikler le Tıbbi Hata Yapma Durumunu Kar ıla tırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	Tıbbi Hata Yapma Durumu				P
	Evet		Hayır		
Cinsiyet	N	%	N	%	
Erkek	10	76.9	62	57.9	P=0.187
Kadın	3	23.1	45	42.1	
Ya					
40 Ya altı	13	100.0	67	62.6	P=.004
41 Ya ve üstü	0	.0	40	37.4	
Meslek					
Hekim	8	61.5	44	41.1	P=.359
Hem ire	4	30.8	46	43.0	
Tekniker	1	7.7	17	15.9	
E itim					
Lisans ve üstü	12	92.3	72	67.3	P=.105
Ön lisans ve altı	1	7.7	35	32.7	
Çalı tıkları Hastaneler					
Devlet Hastanesi	13	100.0	67	62.6	P=.004
Üniversite Hastanesi	0	.0	40	37.4	
Meslekte Çalı ma Süresi					
9 yıl ve altı	10	76.9	36	33.6	P=.005
10 yıl ve üstü	3	23.1	71	66.4	
Ameliyathanede Çalı ma Süresi					
9 yıl ve altı	12	92.3	55	51.4	P=.005
10 yıl ve üstü	1	7.7	52	48.6	
Güvenli Cerrahi Hakkında Bilgi Durumu					
Yetersiz	3	23.1	49	45.8	P=.119
Yeterli	10	76.9	58	54.2	
Hizmet çi E itim Alma Durumu					
Evet	1	7.7	36	33.6	P=.063
Hayır	12	92.3	71	66.9	
Günlük Vaka Sayısı					
9 vaka ve altı	7	53.8	63	58.9	P=.728
10 vaka ve üstü	6	46.2	44	41.1	

Tablo 4.6'da Sosyo-demografik verilerle tıbbi hata yapma durumunun ka ıla tırılması incelendi inde, tıbbi hata yapma durumu ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark olmadı ı bulunmu tur ($p>0.05$).

Ara tırma kapsamına alınan ekibin ya ları incelendi inde, tabloya göre tıbbi hata yapanların hepsi 40 ya altı olan ekibin hata yaptı ı ortaya çıkmı olup aralarındaki istatistiksel fark anlamlı olarak yüksek bulunmu tur ($p<0.05$).

Ara tırma kapsamına alınan ekibin meslek grupları incelenmi olup tıbbi hata yapma durumu arasında anlamlı fark olmadı ı bulunmu tur ($p>0.05$).

Ara tırma kapsamına alınan ekibin e itim düzeyleri incelenmi olup tıbbi hata yapma durumu arasında anlamlı fark olmadı ı bulunmu tur ($p>0.05$).

Ara tırma kapsamına alınan ekibin çalı tıkları hastaneler incelenmi olup devlet hastanelerinde (%100) ortaya çıkan oranla tıbbi hata yapma durumunun arasındaki fark anlamlı olarak çok yüksek oldu u saptanmı tır ($p<0.05$).

Ara tırma kapsamına alınan ekibin meslekte çalı ma süresi incelendi inde, ço unlu un 9 yıl ve altı çalı anlarının tıbbi hata yapma durumu arasında anlamlı fark oldu u saptanmı tır ($p<0.05$).

Ara tırma kapsamına alınan ekibin ameliyathanede çalı ma süresi incelendi inde, %92.3'ü 9 yıl ve altı çalı anlarının yani meslekte deneyimin daha az olmasıyla ortaya cikan tıbbi hata yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oldu u saptanmı tır ($p<0.05$).

Ara tırma kapsamına alınan ekibin güvenli cerrahi hakkında bilgi durumu ve ekibin hizmet içi e itim alma durumu incelendi inde, tıbbi hata yapma durumu arasında önemli bir fark olmadı ı bulunmu tur ($p>0.05$).

Ara tırma kapsamına alınan ekibin ameliyathanede müdahale edilen günlük vaka sayısı incelendi inde tıbbi hata yapma durumu ile anlamlı bir fark olmadı ı bulunmu tur ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Ameliyathane Ekibinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ile İlgili Uygulamaları ve Görü leri (N=120)

1. Ameliyathaneye Girmeden Önceki Kontroller								
Yapılan uygulamalar	Çalı ılan kurumda uygulanma durumu				Do ru uygulandı ma dair dü lünce			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hastanın kimlik bilgileri, ameliyatı ve ameliyat bölgesi do rulanır.	112	93.3	8	6.7	110	91.7	10	8.3
Hastanın rızası/onamı alınır.	118	98.3	2	1.7	115	95.8	5	4.2
Hastanın açıklık durumu kontrol edilir.	119	99.2	1	.8	110	91.7	10	8.3
Ameliyat bölgesi lüzum halinde tıra edilir.	117	97.5	3	2.5	106	88.3	14	11.7
Hastada makyaj, oje, protez, de erli e ya olup olmadı ı kontrol edilir	116	96.7	4	3.3	106	88.3	14	11.7
Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlü ü ve bonesi giydirilir.	115	95.8	5	4.2	110	91.7	10	8.3
Ameliyat öncesi gerekebilecek özel i lemlerin (lavman, varis çorabı, mesane kateterizasyonu) uygulanması gerekir.	116	96.7	4	3.3	105	85.8	17	14.2
Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlı ı do rulanır.	116	96.7	4	3.3	109	90.8	11	9.2
Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut olur.	119	99.2	1	.8	114	95.0	6	5.0
1. Anestezi Verilmeden Önceki Kontroller								
Yapılacak ameliyat ve ameliyat bölgesi hastadan sözlü olarak onaylanır.	112	93.3	8	6.7	110	91.7	10	8.3
Hastanın kendisinden kimlik bilgileri, ameliyatı, ameliyat bölgesi ve ameliyat ile ilgili rızası alınıp do rulanır.	113	94.2	7	5.8	108	90.0	12	10.0
Ameliyat bölgesinde i aretleme yapılır.	99	82.5	21	17.5	95	79.2	25	20.8
Anestezi güvenlik kontrol listesi tamamlanır.	103	85.8	17	14.2	98	81.7	22	18.3
Pulseoksimetre hasta üzerinde ve çalı ır durumda oldu u kontrol edilir.	115	95.8	5	4.2	113	94.2	7	5.8

Tablo 4.7. Ameliyathane Ekibinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ile İlgili Uygulamaları ve Görü leri Devamı (N=120)

2. Hastanın Risk De erlendirmesine li kin Kontroller							
Hastanın bilinen bir alerjisi olup olmadı ı teyit edilir.	118	98.3	2	1.7	115	95.8	5 4.2
Gerekli görüntüleme cihazları kontrol edilir.	118	98.3	2	1.7	109	90.8	11 9.2
Hasta 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski açısından de erlendirilir.	113	94.2	7	5.8	110	91.7	10 8.3
Hava yolu zorlu u kontrolü de erlendirilir.	117	97.5	3	2.5	117	97.5	3 2.5
3. Ameliyat Kesisinden Önceki Kontroller							
Ekipteki ki iler kendilerini, ad, soyad ve görevleri ile tanıtır.	68	56.7	52	43.3	71	59.2	49 40.8
Ekipten bir ki i sesli olarak hastanın kimli ini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini onaylar.	80	66.7	40	33.3	80	66.7	40 33.3
Kritik olaylar gözden geçirilir.	112	93.3	8	6.7	105	87.5	15 12.5
Profilaktik antibiyotik sorgulanır.	113	94.2	7	5.8	112	93.3	8 6.7
Kullanılacak malzemelerin hazır olup olmadı ı kontrol edilir.	116	96.7	4	3.3	117	97.5	3 2.5
Malzemelerin sterilizasyon uygunlu u kontrol edilir.	120	100.0	-	-	115	95.8	5 4.2
Kan ekeri kontrolü yapılır.	115	95.8	5	4.2	113	94.2	7 5.8
Gerekti inde antikoagülan kullanımı olmalı.	116	96.7	4	3.3	109	90.8	11 9.2
Derin ven trombozu profilaksisi gereklidir.	101	84.2	19	15.8	97	80.8	23 19.2
4. Ameliyattan Çıkmadan Önceki Kontroller							
Alet, spanç/kompres ve i ne sayımları yapılır.	120	100.0	-	-	120	100.0	- -
Hastadan alınan numune etiketinde hastanın adının ve numunenin alındı ı bölgenin do ru yazılıp yazılmadı ı kontrol edilir.	120	100.0	-	-	117	97.5	3 2.5
Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirilir.	116	96.7	4	3.3	112	93.3	8 6.7
Hastanın ameliyat sonrası gidece i bölüm do rulanır.	117	97.5	3	2.5	117	97.5	3 2.5

Tablo 4.7’de a a ıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

Ameliyathaneye Girmeden Önceki Kontroller;

Ameliyathane ekibinin, “Hastanın kimlik bilgileri, ameliyatı ve ameliyat bölgesi doğrulanır” uygulamasına %93.3’ü çalıştığı kurumda uygulandığını, %6.7’si çalıştığı kurumda uygulanmadığını belirtmiş olup, %91.7’si doğru uygulandığı, %8.3’ü doğru uygulanmadığı görüşüne katılmıştır.

Ameliyathane ekibinin, “Hastanın rızası/onamı alınır” uygulamasına %98.3’ü çalıştığı kurumda uygulandığını, %1.7’si çalıştığı kurumda uygulanmadığını belirtmiş olup, %95.8’i doğru uygulandığı, %4.2’si doğru uygulanmadığı görüşüne katılmıştır.

Ameliyathane ekibinin, “Hastanın açlık durumu kontrol edilir” uygulamasına %99.2’si çalıştığı kurumda uygulandığını, %0.8’i çalıştığı kurumda uygulanmadığını belirtmiş olup, %91.7’si doğru uygulandığı, %8.3’ünü doğru uygulamadığı görüşüne katılmıştır.

Ameliyathane ekibinin, “Ameliyat bölgesi lüzum halinde tıraş edilir” uygulamasına %97.5’i çalıştığı kurumda uygulandığını, %2.5’i çalıştığı kurumda uygulanmadığını belirtmiş olup, %88.3’ü doğru uygulandığı, %11.7’si doğru uygulamadığı görüşüne katılmıştır.

Ameliyathane ekibinin, “Hastada makyaj, oje, protez, derli e ya olup olmadığı kontrol edilir” uygulamasına %96.7’si çalıştığı kurumda uygulandığını, %3.3’ü çalıştığı kurumda uygulanmadığını belirtmiş olup, %88.3’ü doğru uygulandığı, %11.7’si doğru uygulanmadığı görüşüne katılmıştır.

Ameliyathane ekibinin, “Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve binesi giydirilir” uygulamasına %95.8’i çalıştığı kurumda uygulandığını, %4.2’si çalıştığı kurumda uygulanmadığını belirtmiş olup, %91.7’si doğru uygulandığı, %8.3’ü doğru uygulanmadığı görüşüne katılmıştır.

Ameliyathane ekibinin, “Ameliyat öncesi gerekebilecek özel işlemlerin (lavman, varis çorabı, mesane kateterizasyonu) uygulanması gerekir” uygulamasına %96.7’si çalıştığı kurumda uygulandığını, %3.3’ü çalıştığı kurumda

uygulanmadı ını belirtmi olup, %85.8'si do ru uygulandı ı, %14.2'si do ru uygulanmadı ı görü üne katılmı tır.

Ameliyathane ekibinin, “Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlı ı do rulanır” uygulamasına %96.7'si çalı tı ı kurumda uygulandı ını, %3.3'ü çalı tı ı kurumda uygulanmadı ını belirtmi olup, %90.8'si do ru uygulandı ı, %9.2'si do ru uygulanmadı ı görü üne katılmı tır.

Ameliyathane ekibinin, “Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut olur” uygulamasına %99.2'si çalı tı ı kurumda uygulandı ını, %.8'i çalı tı ı kurumda uygulanmadı ını belirtmi olup, %95.0'ı do ru uygulandı ı, %5.0'ı do ru uygulandı ı görü üne katılmı tır.

Anestezi Verilmeden Önceki Kontroller;

Ameliyathane ekibinin, “Yapılacak ameliyat ve ameliyat bölgesi hastadan sözlü olarak onaylanır” uygulamasına %93.3'ü çalı tı ı kurumda uygulandı ını, %6.7'si çalı tı ı kurumda uygulanmadı ını belirtmi olup, %91.7'si do ru uygulandı ı, %8.3'ü do ru uygulanmadı ı görü üne katılmı tır.

Ameliyathane ekibinin, “Hastanın kendisinden kimlik bilgileri, ameliyatı, ameliyat bölgesi ve ameliyat ile ilgili rızası alınıp do rulanır” uygulamasına %94.2'si çalı tı ı kurumda uygulandı ı, %5.8'i çalı tı ı kurumda uygulanmadı ını belirtmi olup, %90.0'ı do ru uygulandı ı, %10.0'ı do ru uygulanmadı ı görü üne katılmı tır.

Ameliyathane ekibinin, “Ameliyat bölgesinde i aretleme yapılır” uygulamasına %82.5'i çalı tı ı kurumda uygulandı ını, %17.5'i çalı tı ı kurumda uygulanmadı ını belirtmi olup, %79.2'si do ru uygulandı ı, %20.8'i do ru uygulanmadı ı görü üne katılmı tır.

Ameliyathane ekibinin, “Anestezi güvenlik kontrol listesi tamamlanır” uygulamasına %85.8'i çalı tı ı kurumda uygulandı ını, %14.2'si çalı tı ı kurumda uygulanmadı ını belirtmi olup, %81.7'si do ru uygulandı ı, %18.3'ünün do ru uygulanmadı ı görü üne katılmı tır.

Ameliyathane ekibinin, “Pulseoksimetre hasta üzerinde ve çalışır durumda olduğu kontrol edilir” uygulamasına %95.8’i çalıştırılmayan kurumda uygulandığını belirtmiş olup, %4.2’si çalıştırılmayan kurumda uygulanmadığını belirtmiş olup, %94.2’si doğru uygulandı, %5.8’i doğru uygulanmadığı görüşüne katılmıştır.

Hastanın Risk Değerlendirmesine İlişkin Kontroller;

Ameliyathane ekibinin, “Hastanın bilinen bir alerjisi olup olmadığı teyit edilir” uygulamasına %98.3’ü çalıştırılmayan kurumda uygulandığını, %1.7’si çalıştırılmayan kurumda uygulanmadığını belirtmiş olup, %95.8’i doğru uygulandı, %4.2’si doğru uygulanmadığı görüşüne katılmıştır.

Ameliyathane ekibinin, “Gerekli görüntüleme cihazları kontrol edilir” uygulamasına %98.3’ü çalıştırılmayan kurumda uygulandığını, %1.7’si çalıştırılmayan kurumda uygulanmadığını belirtmiş olup, %90.8’i doğru uygulandı, %9.2’si doğru uygulanmadığı görüşüne katılmıştır.

Ameliyathane ekibinin, “Hasta 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski açısından değerlendirilir” uygulamasına %94.2’si çalıştırılmayan kurumda uygulandığını, %5.8’i çalıştırılmayan kurumda uygulanmadığını belirtmiş olup, %91.7’si doğru uygulandı, %8.3’ü doğru uygulanmadığı görüşüne katılmıştır.

Ameliyathane ekibinin, “Hava yolu zorluğu kontrolü değerlendirilir” uygulamasına %94.2’si çalıştırılmayan kurumda uygulandığını, %5.8’i çalıştırılmayan kurumda uygulanmadığını belirtmiş olup, %91.7’si doğru uygulandı, %8.3’ü doğru uygulanmadığı görüşüne katılmıştır.

Ameliyat Kesisinden Önceki Kontroller;

Ameliyathane ekibinin, “Ekipteki kişiler kendilerini, ad, soyad ve görevleri ile tanıtır” uygulamasına %56.7’si çalıştığı kurumda uygulandı mı, %43.3’ü çalıştığı kurumda uygulanmadı mı belirtmiş olup, %59.2’si doğru uygulandı, %40.8’i doğru uygulanmadı görüşüne katılmıştır.

Ameliyathane ekibinin, “Ekipten bir kişiyi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini onaylar” uygulamasına %66.7’si çalıştığı kurumda uygulandı mı, %33.3’ü çalıştığı kurumda uygulanmadı mı belirtmiş olup, %66.7’si doğru uygulandı, %33.3’ü doğru uygulanmadı görüşüne katılmıştır.

Ameliyathane ekibinin, “Kritik olaylar gözden geçirilir” uygulamasına %93.3’ü çalıştığı kurumda uygulandı mı, %6.7’si çalıştığı kurumda uygulanmadı mı belirtmiş olup, %87.5’i doğru uygulandı, %12.5’i doğru uygulanmadı görüşüne katılmıştır.

Ameliyathane ekibinin, “Profilaktik antibiyotik sorgulanır” uygulamasına %94.2’si çalıştığı kurumda uygulandı mı, %5.8’i çalıştığı kurumda uygulanmadı mı belirtmiş olup, %93.3’ü doğru uygulandı, %6.7’sinin doğru uygulanmadı görüşüne katılmıştır.

Ameliyathane ekibinin, “Kullanılacak malzemelerin hazır olup olmadığını kontrol edilir” uygulamasına %96.7’si çalıştığı kurumda uygulandı mı, %3.3’ü çalıştığı kurumda uygulanmadı mı belirtmiş olup, %97.5’i doğru uygulandı, %2.5’i doğru uygulanmadı görüşüne katılmıştır.

Ameliyathane ekibinin, “Malzemelerin sterilizasyon uygunluğunu kontrol edilir” uygulamasına %100.0’i çalıştığı kurumda uygulandı mı belirtmiş olup, %97.8’i doğru uygulandı, %4.2’si doğru uygulanmadı görüşüne katılmıştır.

Ameliyathane ekibinin, “Kan şekeri kontrolü yapılır” uygulamasına %95.8’i çalıştığı kurumda uygulandı mı, %4.2’si çalıştığı kurumda uygulanmadı mı belirtmiş olup, %94.2’si doğru uygulandı, %5.8’i doğru uygulanmadı görüşüne katılmıştır.

Ameliyathane ekibinin, “Gerekti inde antikoagulan kullanımı olmalı” uygulamasına %96.7’si çalı tı ı kurumda uygulandı ını, %3.3’ü çalı tı ı kurumda uygulanmadı ını belirtmi olup, %90.8’i do ru uygulandı ı, %9.2’si do ru uygulanmadı ı görü üne katılmı tır.

Ameliyathane ekibinin, “Derin ven trombozu profilaksisi gereklidir” uygulamasına %84.2’si çalı tı ı kurumda uygulandı ını, %15.8’inin çalı tı ı kurumda uygulanmadı ını belirtmi olup, %80.8’ido ru uygulandı ı, %19.2’si do ru uygulanmadı ı görü üne katılmı tır.

Ameliyattan Çıkmadan Önceki Kontroller;

Ameliyathane ekibinin, “Alet, spanç/kompres ve i ne sayımları yapılır” uygulamasına %100’ü çalı tı ı kurumda uygulandı ını belirtmi olup, %100’ü do ru uygulandı ı görü üne katılmı tır.

Ameliyathane ekibinin, “Hastadan alınan numune etiketinde hastanın adının ve numunenin alındı ı bölgenin do ru yazılıp yazılmadı ı kontrol edilir” uygulamasına %100’ü çalı tı ı kurumda uygulandı ını belirtmi olup, %97.5’i do ru uygulandı ı, %2.5’i do ru uygulanmadı ı görü üne katılmı tır.

Ameliyathane ekibinin, “Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirilir” uygulamasına %96.7’si çalı tı ı kurumda uygulandı ını, %3.3’ü çalı tı ı kurumda uygulanmadı ını belirtmi olup, %93.3’ü do ru uygulandı ı, %6.7’sinin do ru uygulanmadı ı görü üne katılmı tır.

Ameliyathane ekibinin, “Hastanın ameliyat sonrası gidece i bölüm do rulanır” uygulamasına %97.5’i çalı tı ı kurumda uygulandı ını, %2.5’i çalı tı ı kurumda uygulanmadı ını belirtmi olup, %97.5’i do ru uygulandı ı, %2.5’i do ru uygulanmadı ı görü üne katılmı tır.

Tablo 4.8. Ameliyathane Ekibinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ile İlgili Dönüşümleri (N=120)

Güvenli Cerrahi Listesinin Yararları**	Sayı	%
Kontrol listesinin hasta güvenliğine katkısı var	105	87.5
Kontrol listesi ekip için problemleri ve belirsizlikleri belirleme konusunda bir fırsat sağlar.	103	85.8
Kontrol listesi hasta bakım kalitesinin artmasını sağlar.	96	80
Kontrol listesi anlaşılmayan bir şey oldu anda soru sorma kolaylığı sağlar.	95	79.2
Kontrol listesinin ekip içi iletişime katkısı var.	95	79.2
Kontrol listesi size hasta veya işlem hakkında başka ekilde erişmeyeceğiniz bilgiler sağlar	94	78.3
Kontrol listesi ameliyathanede anlaşmazlıkların uygun bir şekilde çözümlenmesini sağlar.	93	77.5
Kontrol listesi enfeksiyonu önleme konusunda yarar sağlar.	92	76.7
Kontrol listesi ameliyat sonrası önerilerin gözden geçirilmesini sağlar.	86	71.7
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanımında Karşılaşılan Sorunlar**		
Personel sayısının az olması	88	73.3
Yükün yükü	87	72.5
Stres ve yorgunluk	72	60.0
Ekipte iletişimimsizlik	61	59.8
Görev dağılımının yüklenmesi	58	48.3
Zaman kısıtlılığı	56	46.7
Vaka sayısının fazla olması	55	44.8
Hasta sayısının fazla olması	38	31.7
Yükün teknoloji kullanımı	14	11.7
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Doldurulmamasının Nedenleri (N=90)*		
Aşırı yükü ve personel eksikliği	32	35.2
Ekip içi iletişimimsizlik	11	12.1
Zaman kısıtlılığı	10	11
Personelin gereksiz olarak görmesi ve sorumluluk almaması	8	8.8
Vaka sayısının fazla olması	7	7.7
Önemlilik ve öneminin farkında olunmaması	7	7.7
Güvenli cerrahi kontrol listesinin gerekliliği konusunda yeterli bilgilendirme yapılmadığından dolayı içselleştirilememesi	6	6.6
Profesyonel kişilerin çalıştırılmaması	5	5.5
Güvenli cerrahi kontrol listesinin mevcut olmaması	2	2.2
Hizmet içi eğitim eksiklikleri	2	2.2

* Tabloda yüzdeler N sayısına göre alınmıştır.

** Katılımcılar birden fazla yanıt vermiştir.

Tablo 4.8’de ameliyathane ekibinin güvenli cerrahi kontrol listesi ile ilgili dü ünceleri incelendi inde;

Ameliyathane ekibinin %87.5’i kontrol listesinin hasta güvenli ine katkı sa ladı ını, %85.8’i kontrol listesinin ekip için problemleri ve belirsizlikleri belirleme konusunda bir fırsat sa ladı ını, %80’i kontrol listesi hasta bakım kalitesinin artmasını sa ladı ını, %79.2’si kontrol listesi anla ılmayan bir ey oldu unda soru sorma kolaylı ı sa ladı ını, %79.2’si kontrol listesinin ekip içi ileti ime katkı sa ladı ını, %78.3’ü kontrol listesinin hasta veya i lem hakkında ba ka ekilde eri ilemiyecek bilgiler sa ladı ını, %77.5’i kontrol listesi ameliyathanede anla mazlıkların uygun bir ekilde çözümlenmesini sa ladı ını, %76.7’si kontrol listesi enfeksiyonu önleme konusunda yarar sa ladı ını, %71.7’si kontrol listesi ameliyat sonrası önerilerin gözden geçirilmesinin sa ladı ı belirtilmi tir.

Güvenli cerrahi kontrol listesi kullanımında %73.3’ü personel sayısının az olması, %72.5’i yo un i yükü, , %60.0’ı stres ve yorgunluk, %59.8’i ekipte ileti imsizlik, %48.3’ü görev dı ı i yüklenmesi, %46.7’si zaman kısıtlılı ı, %44.8’i vaka sayısının fazla olması, %31.7’si hasta sayısının fazla olması, %11.7’si yo un teknoloji kullanımı olarak kar ıla tıkları sorunlar belirtilmi tir..

Güvenli cerrahi kontrol listesinin doldurulmamasının nedenleri olarak ekibin; %35.2’si a ırı i yükü ve personel eksikli i, %12.1’i ekip içi ileti imsizlik, %11’i zaman kısıtlılı ı, %8.8’i personelin gereksiz olarak görmesi ve sorumluluk almaması, %7.7’sinin vaka sayısının fazla olması, %7.7’sinin ihmalkarlık ve kontrol listesinin öneminin farkında olunmaması, %6.6’sı güvenli cerrahi kontrol listesinin gereklili i konusunda yeterli bilgilendirme yapılmadı ından dolayı içselle tirilememesi, %5.5’i profesyonel ki ilerin çalı tırılmaması, %2.2’si güvenli cerrahi kontrol listesinin mevcut olmaması, %2.2’si e itim eksiklikleri oldu u belirtilmi tir.

5. TARTI MA

Ara tırma, ameliyathane ekibinin güvenli cerrahi konusunda görü ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılmı tır. Bu bölümde ekibin tıbbi hatalara neden olan sebepleri, güvenli cerrahi kontrol listesinin uygulanmasında görü ve dü ünceleri tartı ılmı tır.

Çalı mamızda tıbbi hata yapma durumu ile ameliyathanede çalı ma süresi ve meslekte çalı ma sürelerinin kar ıla tırılması incelendi inde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmu tur ($p<0.05$). Bu farkın 9 yıl ve altı çalı anlarının ameliyathanede tıbbi hata yapma durumunun yüksek oldu u (%92.3) ve 9 yıl ve altı meslekte çalı ma süresinin tıbbi hata yapma durumunun yüksek oldu u (%76.9) belirlenmi tir. Beklenen ve do al olan sonuç üzerinde çalı anların ameliyathanede ve meslekte daha az çalı ması ve deneyimlerinin az olması üzerine daha çok tıbbi hataların etkili oldu u söylenebilir.

Çalı mamızda ekibin yarısından ço unun (%70) tıbbi hataların olu um nedenlerinde ilk öncelik sırasında a rı i yükü ve i yükü zorlaması oldu u belirtilmi tir. Rogers ve arkadaş larının (2004) yapmı odu u bir çalı mada 393 hem ire üzerinden yürütölen ara tırma, 12 saatten fazla nöbet tutan ve haftada 40 saatten fazla çalı an hem irelerin ameliyat ve devamında hata yapma riskinin artı gösterdi ini bunu da cerrahide güvenli i tehlikeye atabilecek etkinli e sahip oldu u ifade edilmi tir. Bu riske yönelik Arda ve arkadaş ları (2007) çalı ma süresinin ve tutulan nöbet saatinin fazlalılı mın, a rı i yükü, yorgunluk ve tükenme gibi durum riskini artırdı ını belirtmi tir. Sonuç olarak cerrahide güvenli in varolan durumdan olumsuz olarak etkilenece i dü ünölmektedir.

Sa lık hizmetleri, niteli i gere i do rudan insan sa lı ı ile ilgili bir hizmettir, yapılacak bir hata insan hayatına mal olabilir. Bununla birlikte sa lık çalı anlarının ve özellikle de ameliyathane ekibinin yo un ve uzun süren çalı ma saatleri tıbbi hata yapma ihtimalini artırmaktadır. Ara tırma sonucunda Tablo 4.2’de de göröldü ü gibi tıbbi hata yapma durumuna ekibin %10.8’inin evet yanıtını verdi i; Özata ve Altuncan’ın Konya ilinde tıbbi hata görölme sıklı ını inceledi i çalı mada benzer ekilde sa lık personellerinin tıbbi hata yapma oranını % 6.2 olarak buldu u; elde edilen bu bulgunun literatürle uyumlu oldu u belirlenmi tir.

Çalı mamızda tıbbi hatalara yol açan güvenli cerrahi kontrol listesi kullanımında kar ıla ılan sorunlar soruldu unda (Tablo 4.8.), personel sayısının az olması (%73.3), yo un i yükü (%72.5), stres ve yorgunluk (%60) ve ekipte ileti imsizlik (%59.8) tıbbi hatalara yol açan güvenli cerrahi kontrol listesi kullanımında kar ıla ılan sorunlarda dikkati çeken ilk dört sebepler olarak belirlendi. Northcoot ve arkadaşlarının çalı masında ise tıbbi hata ile kar ıla an bireylerin hataların sebebi olarak, ekibin a ırı i yükü, yorgun ve stresli olmalarının (%94) ve personel sayısının yetersiz olmasının (%91) gösterildi i belirlenmiştir. Özata ve Altunkan'ın çalı masında da tıbbi hatalara yol açan kontrol listesinin doldurulmamasının sebepleri arasında i yükünün fazla olması, hem ire sayısının az olması, görev, yetki ve sorumlulukların tam belirlenmemi olması ve ileti im eksikli i gösterilmektedir. İlk ve arkadaşlarının hem irelerin bakı açısıyla tıbbi hataların de erlendirilmesi konulu çalı masında “i stresinin fazla olması, yetersiz personel sayısı ve uzun çalı ma saatlerinin en önemli tıbbi hatalara neden olan sebepler arasında oldu u saptanmıştır. Ara tırmamızdan da elde edilen bu bulguların literatürlerle uyumlu olup ortaya çıkan sonuçların ciddiyeti vurgulanmı olmaktadır.

Bu çalı mamızda ameliyathane ekibinin yarısından fazlasının (%56.7) güvenli cerrahi kavramı ile ilgili bilgi durumunun var oldu u, %69.2'sinin ise güvenli cerrahi konusunda hizmet içi e itim almadı ı dikkat çekmektedir (Tablo 4.1). Hizmet içi e itim ile tıbbi hata yapma durumu kar ıla tırıldı ında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamasıyla ($p>0.05$) tıbbi hata görülme ile çalı maya katılan hastaneler kar ıla tırıldı ında ciddi oranda ortaya çıkan de erler istatistiksel olarak anlamlı olup ($p<0.04$) devlet hastanelerin (%100) tıbbi hatalarda 1. Sırayı yer aldı ı üzücü bir tablo olarak kar ımıza çıkmı olmasıyla sa lık alanında güvensizli i dü ündürmektedir (Tablo 4.6.).

Ara tırmada yer alan ekibin ço unlu u (%42.5) 31-40 ya grubundadır (Tablo 4.1.). Ekibin ya gruplarına göre tıbbi hata yapma durumu kar ıla tırılması incelendi inde, grupların yüzdeleri arasında isatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.04$) fark oldu u saptandı (Tablo 4.6). Ya grupları ikili kar ıla tırıldı ında; 40 ya ve altı (%100) ciddi oranda daha yüksek bulundu. De erlendirdi imiz sonuç üzerinde tıbbi hata yapma durumunun yeni göreve ba lama, bilgi ve becerilerin azlı ı, meslek ve ameliyathanede çalı ma deneyiminin olmaması durumunda tıbbi

hataların fazla görülmesinin etkili oldu unu dü ündürmesiyle ekibin bilgi, beceri ve deneyimlerinin artması, aidiyet duygusu ve pozisyonlarındaki güçlenmesinin yanı sıra tıbbi hata yapma oranını ortaya çıkan sonuçlardan (%0) aza indirdiğinin etkili oldu u söylenebilir. Gürel (2012) çalışmasında da ameliyathane hemirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutum düzeylerinin ya da ikenine bakıldığında 20-29 yaş en düşük güvenli cerrahi bilinci gösterirken, 40 yaş ve üstünde en yüksek olarak gözlenmiştir ve yaş arttıkça güvenli cerrahi bilincin artmasına yönelik bir sonuç varılmıştır. Hasta zararını önlemeye yönelik koruyucu önlemlere bakıldığında da yaş arttıkça artan ortalamalara dikkat çekmektedir (Canpolat, 2011). Bu bulgular, beklenildiği üzere literatürle uyumludur.

Ameliyathane, yüksek teknolojik araç ve gereçlerin kullanıldığı, yeni bilgilerin ışığında çeşitli ameliyat tekniklerinin uygulandığı, ekip çalışması ve doktor kararların hızla alınmasının çok önemli olduğu bir ortamdır. Böylesine karmaşık, özel bilgi ve beceri gerektiren bir ortamda çalışmaya başlamak, ekibin uyumunu gerektirmektedir (Kanan ve ark., 2000). Oryantasyon etimi, özellikle kullanılan teknik araç, gereç ve ekipman açısından karmaşık olan, özel bilgi ve beceri gerektiren birimlerde çalışanların eğitimi uyumunu sağlamada çok önemlidir. Meslek hayatına yeni başlayan personelin çoğu kez deneyimli ameliyathane ekibinin üyesinin denetiminde usta-çırak ilişkisi tarzında eğitildiği bilinmektedir. Oysa bir ameliyathane ekibinin büyük ameliyatlara girebilecek düzeye gelebilmesi için, sistemli ve etkin bir oryantasyon programından geçmesi gereklidir (Göçmen, 2004).

Çalışmamızda ekibin tıbbi hata ile karşılaşma durumu incelendiğinde, %44.2'sinin tıbbi hatalar ile karşılaşmış olduğu belirlendi. Bodur ve arkadaşlarının (2012) "sağlık personeli ve toplumun tıbbi hatalar ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılması" çalışmasında da sağlık personeli ve toplumda benzer oranda %23'ü kendisi veya ailesinden birinin tıbbi hata ile karşılaşmasının ifade edilmesi tıbbi hata gerçeğinin sadece bir toplum algısı değil, sağlık personelinde karşılaşılması yadsınamaz olgu olduğunun bir göstergesi olarak ele alınmıştır. Çalışmamızdan elde edilen bulgunun yapılan çalışmayla uyumlu olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada ameliyathane ekibinin "tıbbi hataların hasta/yakınına açıklanma durumu" sorusuna ise (Tablo 4.2); %46.7'sinin evet yanıtı verdiği, en fazla oranda (%65.8) "hata bildiriminin sağlık çalışanını etkilediği" belirlendi. Bodur ve arkadaşlarının (2012) "sağlık personeli ve toplumun tıbbi hatalarla ilgili görüşlerinin

kar ıla tırılması" amacıyla yaptı ı çalı mada da tıbbi hata durumunda hem sa lık personeli hem de toplumun yüksek oranda (%75.7) hataların hastaya açıklanması gerekti ini belirtti i saptanmı tır. Bir tıbbi hata durumunda etik olarak önce hastaya hata hakkında yeterli açıklamada bulunulmalı, hata için özür dilenmeli ve mümkünse hata telafi edilmelidir. Etik ilkeler gere i hastanın durumu hakkında ve tıbbi hata durumlarında bilgi sahibi olması en temel hakkıdır (Blendon at all, 2002; İlk ve ark., 2012). Ara tırmadan elde edilen bu bulgunun yapılan çalı mayla benzer sonuçlar gösterdi i belirlenmi tir.

Ameliyathanede ileti im durumu incelendi inde; ameliyathaneler ileti imin en kritik noktalarda sürdürüldü ü, cerrahi giri imin ba arısını, hasta güvenli ini olumlu ya da olumsuz yönde etkiledi i alanlar olmakla birlikte, ekip içi ve ekipler arası ileti im, sa lık kurulu larındaki hizmetin kalitesini ve hizmetin seyrini etkileyen önemli faktörlerden birisidir (Pamir ve ark., 2006).

Joint Commission'ın 2005 yılında yaptı ı bir çalı mada yanlı taraf cerrahisinin %70 oranında ileti im hatalarından kaynaklandı ı (Patient safety in the operating room, 2007), bu hataların en sık cerrahi ekip üyeleri arasındaki etkisiz ya da yetersiz ileti imden, eksik kayıt tutma ve taraf i aretlemeyle hastanın katılmamasından kaynaklandı ı belirtmi tir (Eastman, 2006; Makary at all, 2006).

Davies (2005), iyi ileti imin, sadece ameliyathanede de il sa lık bakımının her alanında ve hasta bakımında oldu u kadar di er kritik çalı ma alanlarında da güvenli i sa lamada hayati önem ta ıdı nı belirtmi tir. Ayrıca, Awad ve arkadaş ları (2005) ameliyathanede ileti imin geli tirilerek istenmeyen olayların önlenilece i ve güvenli bir çevre olu turulabilece ini belirtmi lerdir. Çalı mamızında literatürle uyumluluk göstermesiyle ameliyathane ekibinin tıbbi hata olu um nedenleri incelendi inde yarından fazlasının ileti im eksikli i oldu unu belirtmi olması ile cerrahi giri imin ba arısını tehdit etti ini dü ündürmektedir (Tablo 4.2).

Ara tırmamızda güvenli cerrahi kontrol listesinin ameliyathaneye girmeden önceki kontrolleri ile ilgili uygulamaları ve görü leri incelendi inde, "hastanın kimlik bilgileri, ameliyatı ve ameliyat bölgesi do rulanır", "hastanın rızası/onamı alınır", "hastanın açlık durumu kontrol edilir", "ameliyat bölgesi lüzum halinde tıra edilir", "hastada makyaj, oje, protez, de erli e ya olup olmadı ı kontrol edilir", "hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlü ü ve bonesi giydirilir", "ameliyat öncesi gerekebilecek özel i lemlerin (lavman, varis çorabı, mesane

kateterizasyonu) uygulanması gerekir”, “ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlı ı do rulanır”, “hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut olur” uygulamalarına katılımın %90 ve üzerinde olması ekibin çalı tı ı kurumda uygulanma durumu ve do ru uygulandı na dair dü üncelerinde kontrol listesine uyum sa ladıklarını dü ündürmektedir (Tablo 4.7).

Ara tırmamızda anestezi verilmeden önceki kontrollerle ilgili uygulamaları ve görü leri incelendi inde, yüksek bir yüzdellekle uygulandı ı fakat yapılacak “ameliyat ve ameliyat bölgesinin hastadan sözlü olarak onaylanması”, “hastanın kimlik bilgileri, ameliyatı, ameliyat bölgesi ve ameliyat ile ilgili rızası alınıp do rulanması”, “ameliyat bölgesinde i aretleme yapılması” güvenli cerrahide hayati derecede önemlidir. Bu nedenle çalı ılan kurumda uygulanma durumunun %100’e yakın olması tıbbi hataların olmama durumunu dü ündürmektedir (Tablo 4.7).

Ara tırmada hastanın risk de erlendirmesine ili kin kontrolleri incelendi inde, “hastanın bilinen alerjisi olup olmadı ının teyit edilmesi”, “gerekli görüntüleme cihazlarının kontrol edilmesi”, “hasta 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski açısından de erlendirilmesi”, “hava yolu zorlu u kontrolü de erlendirilmesi” dü üncelerine katılımın %90’ının üzerinde olması ekibin çalı tı ı kurumda uygulandı ı ve do ru uygulandı na dair dü ünceleriyle kontrol listesine uyum sa ladıklarını dü ündürmektedir (Tablo 4.7).

Ara tırmada ameliyat kesinden önceki kontroller incelendi inde, “kritik olayların gözden geçirilmesi”, “profilaktik antibiyotik sorgulanması”, “kullanılacak malzemelerin hazır olup olmadı ının kontrol edilmesi”, “malzemelerin sterilizasyon uygunlu unun kontrol edilmesi”, “kan ekeri kontrolünün yapılması”, “gerekti inde antikoagülan kullanımının olması”, “derin ven trombozu profilaksisinin gerekli olması” uygulamalarının %90’ın üzerindeyken; “ekipteki ki ilerin kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıtılması” (%56.7), “ekipten bir ki i sesli olarak hastanın kimli ini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini onaylaması” (%66.7) gibi i lemlerin sonuçları ise prosedürün yerine getirilmesinde sorun ya andı ını dü ündürmektedir (Tablo 4.7).

Ara tırmamızda ameliyattan çıkmadan önceki kontroller incelendi inde, “alet, spanç/kompres ve i ne sayımlarının yapılması”, “hastadan alınan numune etiketinde hastanın adının ve numunenin alındı ı bölgenin do ru yazılıp yazılmadı ının kontrol edilmesi”, “ameliyat sonrası kritik gereksinimlerin gözden

geçirilmesi”, “hastanın ameliyat sonrası gideceği bölümün doğrulanması” %90’ının üzerinde olması ekibin çalıştığı kurumda uygulandığı ve doğru uygulandığına dair dü ünceleriyle kontrol listesine uyum sağladıklarını dü ündürmektedir (Tablo 4.7).

Araştırmamızda güvenli cerrahinin yararları önem sırasına göre incelendiğinde, kontrol listesinin hasta güvenliğine katkısı olduğu, ekip için problemleri ve belirsizlikleri belirleme konusunda fırsat sağladı, hasta bakım kalitesini artmasını sağladı, anlamayan bir şey olduğunda soru sorma kolaylığı sağladı, ekip içi iletişime katkı sağladı, hasta veya işlem hakkında başka ekilde erişilemeyecek bilgiler sağladı, ameliyathanede anlamazlıkların uygun bir şekilde çözümlenmesini, enfeksiyonu önleme konusunda ve ameliyat sonrası önerilerin gözden geçirilmesi konusunda yarar sağladı dü üncelerinde ameliyathane ekibinin yarısından fazlasının dü üncelerinin olumlu olduğu belirtmeleri ilginç ki sıfır tıbbi hatalarla karşılaşmamızı dü ündürmektedir oysa ki tıbbi hataları her zaman basında ya da medyada yayınlanan haberleri çok sık görmekteyiz (Tablo 4.8).

Güvenli cerrahi kontrol listesi kullanımında ortaya çıkan sorunlarda öncelik sırasıyla; personel sayısının az olması (%73.3), yoğun iş yükü (%72.5), stres ve yorgunluk (%60.0), ekipte iletişimimsizlik (%59.8), görev dışı iş yüklenmesi (%48.3), zaman kısıtlılığı (%46.7), vaka sayısının fazla olması (%44.8), hasta sayısının fazla olması (%31.7) ve yoğun teknoloji (%11.7) uygulamaları karşılaşılan sorunların ciddi oranlarda olduğunu dü ündürmüştür (Tablo 4.8).

Ameliyathane ekibinin güvenli cerrahi kontrol listesinin yararlarında ortaya çıkan %80 gibi oranların kontrol listesinin farkındalığında olduğu dü ündürürken doldurulmamasının nedenlerinde ise aırı iş yükü ve personel eksikliği (%35.2), ekip içi iletişimimsizlik (%12.1), zaman kısıtlılığı (%11), ekibin gereksiz olarak görmesi ve sorumluluk almaması (%8.8), vaka sayısının fazla olması (%7.7) ihmalkarlık ve öneminin farkında olunmaması (%7.7), güvenli cerrahi kontrol listesinin gerekliliği konusunda yeterli bilgilendirme yapılmadığından dolayı içselleştirilmemesi (%6.6), profesyonel kişilerin çalıştırılmaması (%5.5), hizmet içi eğitim eksiklikleri (%2.2) ve güvenli cerrahi kontrol listesinin mevcut olmamasına yer verilmesi üzücü bir tabloyu ortaya çıkardığı dü ündürmektedir (Tablo 4.8).

Çalışmamızda ameliyathane ekibinin ekip içi iletişimimsizlik, personel sayısının az olması, hizmet içi eğitimlerin yetersizliği, stres ve yorgunluk, güvenli cerrahi kontrol listesinin uygulanmasının öneminin farkındalığında olunmaması gibi

pek çok faktörün tehdit ettiğine yönelik görüşleri ortaya konmuştur. Ameliyathane ekibinin güvenli cerrahiyi tehdit eden faktörlere ilişkin farkındalıkların istenilen düzeyde olmadığı dikkat çekmektedir. Ameliyathane ekibinin bu konudaki farkındalıklarının artırılması güvenli cerrahinin sağlanması, gerekli önlemlerin alınması ve uygulamaların geliştirilmesinde önem taşımaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Ameliyat ekibinin güvenli cerrahi konusuna ilişkin uygulamaları ve görüşlerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Tablo 4.1’de ameliyathane ekibinin çoğunluğu hemirelerin (%40) ve cerrahların (%36.7) olmaktadır, %40.8’inin lisansüstü eğitim almış olması, %40.0’inin 15 yıl ve üzeri meslekte çalışması, birbirlerine yakın yüzdelerle çoğunlukla 0-4 yıl ve 15 yıl ve üzeri ameliyathanede çalışması, %32.5’inin ameliyathanede 6-10 arası günlük vaka sayısının olması, %56.7’sinin güvenli cerrahi hakkında bilgi durumunun yeterli olduğu, yarısından çoğunlukla hizmet içi eğitim almamış dikkat çekmiştir.

Tablo 4.2’de son dönemlerde karışılan tıbbi hatalarda en yüksek oranda (%28.1) sterilizasyon yöntemlerine uymama 1.sırayı alırken, %44.2’sinin ekibin yapmış olduğu hatalar ile karışması ve en çok %28’i ekibin sterilizasyon konusunda dikkatsizlik gösterildiği ortaya çıkmıştır. Ekibin %10.8’i tıbbi hata yapmış olup, ekibin %83’ü tıbbi cerrahi teknik hata ile karışmasını belirtmiştir.

Tablo 4.3’de %46.7’si tıbbi hataların hasta/yakınına açıklanmasını uygun bulduğunu ve %65.8’inin tıbbi hataların sağlıklı çalışmasını etkilediğini belirtmiştir.

Tablo 4.5’de tıbbi hataların oluşum nedenlerinde dikkati çeken sonuçları iş yükü zorlanması (%70.0) hemire sayısının az olması (%53.3) ve iletişim eksikliği (%50.8) ilk üç önemli sebepler olarak belirtilmiştir. Son dönemlerde karışılan tıbbi hatalarda ve ekip hatalarında ise en çok oranda sterilizasyona uyulmaması (%28), yetersiz ön hazırlık, tıbbi cerrahi teknik hatalar ve malzeme eksikliği (%18), yanlış ilaç uygulanması, yanlış spanç sayımı ve ameliyathane giriş kurallarına uymama (%12.8) ve malpraktis (%5.1) gibi ortaya çıkan hatalarla karışık olarak karşılaşılmıştır.

Tablo 4.7’de ameliyathaneye girmeden önceki kontrollerde; “Hastanın kimlik bilgileri, ameliyatı ve ameliyat bölgesi doğrulanır, hastanın rızası/onamı alınır, hastanın açlık durumu kontrol edilir, ameliyat bölgesi lüzum halinde tıraş edilir, hastada makyaj, oje, protez, derli derli olup olmadığı kontrol edilir, hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve banyosu giydirilir, ameliyat öncesi

gerekebilecek özel i lemlerin (lavman, varis çorabı, mesane kateterizasyonu) uygulanması gerekir, ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlı ı do rulanır, hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut olur” uygulamalarına %90’ın üzerinde çalı tı ı kurumda uygulandı ını ve do ru uygulandı ını savunmu lardır.

Tablo 4.7’de anestezi verilmeden önceki kontrollerde; “Yapılacak ameliyat ve ameliyat bölgesi hastadan sözlü olarak onaylanır (%93.3), hastanın kendisinden kimlik bilgileri, ameliyatı, ameliyat bölgesi ve ameliyat ile ilgili rızası alınıp do rulanır (%94.2), ameliyat bölgesinde i aretleme yapılır (%82.5), anestezi güvenlik kontrol listesi tamamlanır (%85.8), pulseoksimetre hasta üzerinde ve çalı ır durumda oldu u kontrol edilir (95.8) uygulamaları çalı tı ı kurumda uygulandı ını ve %79’un üzerinde do ru uygulandı ı belirtilmi tir.

Tablo 4.7’de hastanın risk de erlendirmesine ili kin kontrollerde; “Hastanın bilinen bir alerjisi olup olmadı ı teyit edilir (%98.3), gerekli görüntüleme cihazları kontrol edilir (%98.3), hasta 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski (%94.2), hava yolu zorlu u kontrolü de erlendirilir (%97.5)” uygulamaları çalı tı ı kurumda uygulandı ı ve do ru uygulandı ı savunulmu tur.

Tablo 4.7’ de ameliyat kesinden önceki kontrollerde; “Ekipteki ki iler kendilerini, ad, soyad ve görevleri ile tanıtır” (%56.7), “ekipten bir ki i sesli olarak hastanın kimli ini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini onaylar” (%66.7), “kritik olaylar gözden geçirilir” (%93.3), “profilaktik antibiyotik sorgulanır” (%94.2), “kullanılacak malzemelerin hazır olup olmadı ı kontrol edilir” (%96.7), “malzemelerin sterilizasyon uygunlu u kontrol edilir” (%100.0), “kan ekeri kontrolü yapılır” (%95.8), “gerekti inde antikoagülan kullanımı olmalı” (%96.7), “derin ven trombozu profilaksisi gereklidir” (%84.2) uygulamaları çalı tı ı kurumda uygulandı ı ve ekibin (%59.2)’si do ru uygulandı ını belirtmi tir.

Tablo 4.7’ de ameliyathaneden çıkmadan önceki kontrollerde; “Alet, spanç/kompres ve i ne sayımları yapılır” (%100.0), “hastadan alınan numune etiketinde hastanın adının ve numunenin alındı ı bölgenin do ru yazılıp yazılmadı ı kontrol edilir” (%100.0), “ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirilir” (%96.7), “hastanın ameliyat sonrası gidece i bölüm do rulanır” (%97.5)

uygulamalarında çıkan sonuçlar çalıştığı kurumda uygulandı ve ekibin do ru uygulandı dü üncesini do rulamı tır.

Tablo 4.8’de güvenli cerrahi listesinin yararlarında en çok dikkat çeken ço unlu un kontrol listesinin ekip için problemleri ve belirsizlikleri belirleme konusunda bir fırsat sa ladı ı (n=103) ve kontrol listesinin hasta güvenli ine katkısı (n=105) oldu u belirtilmiştir.

Tablo 4.8’de güvenli cerrahi kontrol listesi kullanımında ekibin yarısından ço unun personel sayısının az olması (%73.3), yo un i yükü (%72.5), stres ve yorgunluk (%60.0) ve ekipte ileti imsizli in (%59.8) en çok kar ıla ılan önemli sorunlar arasında oldu u belirtilmi tir.

Tablo 4.8’de güvenli cerrahi kontrol listesinin doldurulmamasının nedenleri olarak; a ırı i yükü ve personel eksikli i (%35.2), ekip içi ileti msizlik (%12.1), zaman kısıtlılı ı (%11), personelin gereksiz olarak görmesi ve sorumluluk almaması (%8.8), vaka sayısının fazla olması (%7.7), profesyonel ki ilerın çalı tırılmaması (%4.2), ihmalkarlık ve öneminin farkında olunmaması (%7.7), güvenli cerrahi kontrol listesinin gereklili i konusunda yeterli bilgilendirme yapılmadı ından dolayı içselle tirilmemesi (%6.6), profesyonel ki ilerın çalı tırılmaması (%5.5), güvenli cerrahi kontrol listesinin mevcut olmaması (%2.2) ve hizmet içi e itim eksiklikleri (%2.2) dikkat çeken sorunları ortaya çıkartmı tır.

6.2. ÖNER LER

Özel bilgi ve beceri gerektiren uygulama alanlarından biri olan ameliyathanede çalı anların verimli olmaları ve doyum sa lamalarının yanı sıra güvenli cerrahi uygulaması için;

- Tüm ameliyathanelerde güvenli cerrahide atlanan bir basamak olmaması için ameliyata girmeden önceki kontroller, anestezi verilmeden önceki kontroller, hastanın risk de erlendirmesine ili kin kontroller, ameliyat kesisinden önceki kontroller ve ameliyattan çıkmadan önceki kontroller cerrahi i lem kayıtlarını içeren güvenli cerrahi kontrol listelerinin kullanılmasının sa lanması,
- Ameliyathane ekibinde yorgunluk ve dikkat eksikli inin önlenmesi için personel sayısının yeterli düzeye çıkartılması,

- Güvenli cerrahi uygulamalarının etkinli ini arttırmak için yönetici deste inin sa lanması,
- Ameliyathane ekip i birli inin ve ileti imin arttırılması ve olası çatı maların önlenmesi için düzenli e itimler ve görev tanımlarının yapılması,
- Güvenli cerrahi hizmet içi e itim programlarının düzenlenmesi ve bu programlara ekibin katılımlarının sa lanması/zorunlu tutulması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

Acıbadem Hemşirelik. (2012). Bakanlık “Daha Az Hata” için Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Yayınladı. Aralık, Sayı 53 (www.acibademhemsirelik.com/e-dergi) (Erişim Tarihi: 20.03.2014)

Akalın, E. (2004). Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl geliştirebiliriz?. *Ankem Dergisi*, 18 (Ek 2): 12-13.

Akalın, E. (2005). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*; 5(3):141-146

Akalın, E. (2007). Klinik Araştırmalar ve Hasta Güvenliği. *İstanbul Dergisi*, 17 (2): 32-35.

Akalın, E. (2014). Hasta Güvenliği Değişen Paradigma Sağlık Dünyesi ve Tıp Kültürü. *İstanbul Dergisi*. Eylül-Ekim, 32.Sayı, sayf:64-67 (<http://www.sdplatform.com/Dergi/818/Hasta-guvenligi-Degisen-paradigma.aspx>) (Erişim Tarihi: 15.3.2014)

Akalın, E. (2004). Medikasyon Hataları, *Ankem Dergisi*, 18(Ek 2):10-1. 31.

Akalın, Erdal. (2011). Enfeksiyon Kontrol: Bir Kalite Yeterleme ve Hasta Güvenliği Programı. *Ankem Dergisi*, 25:6-8.

Alfredsdottir, H., Bjornsdottir, K. (2007). Nursing and Patient Safety in the Operating Room. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1): 29-37.

Alp, E. (2012). Enfeksiyon Kontrol Programı, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi. sayf77, Kayseri (<http://hastaneler.erciyes.edu.tr/pdf/enfeksiyonkontrolprogrami.pdf>) (Erişim Tarihi: 15.3.2014)

Arda, H., Ertem, B., Durgun, Y. (2007). Dicle Üniversitesi Ara tırma Hastanesinde Çalı an Hekim ve Hem irelerin Hasta leti imi Konusundaki Görü leri, stanbul Üniversitesi Florence Nightingale He irelik Yüksekokulu Dergisi, 15(59): 68-74.

Aslan, Ö., Ünal, Ç. (2005). Cerrahi Yo un Bakım Ünitesinde Parenteral İlaç Uygulama Hataları. Gülhane Tıp Dergisi, 47 (3): 175-178.

Atasoy, A., Tekingündüz, S. (2011). Hasta Güvenli ini Riske Eden Olayların Raporlanmasını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Sa lıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara, 3:13-23.

Awad, SS., Fagan, SP., Bellows, C., Albo, D., Rashad, BG., De La Garza, M., Berger, DH. (2005). Bridging the communication gap in the operating room with medical team training. The American Journal of Surgery, 190: 770–774.

Aydın, B. (2009). Hasta Güvenli i Uygulama Rehberi Denemesi, Ankara, Sage Yayıncılık, 18-57.

Badir, A.; Herdman, EA. (2008). Critical Care Nurses ‘‘ Perceptions of Patient Safety in Turkey. J Nurs Care Qual; 23(4): 375-378.

Bal, E. (2006). Akreditasyon çinde Hasta Hakları ve Hasta Güvenli i. (<http://www.suvak.org.tr/>) (Eri im tarihi:20.11.2014)

Baskan, S. (2003). Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesi: Ameliyathane Ko ulları Nasıl Olmalı?. Hastane Enfeksiyonları Dergisi; 7:161-167.

Blendon, R.J., DesRoches, C.M., Brodie, M., Benson, J.M., Rosen, A.B., Schneider, E., Altman, D.E., Zapert, K., Herrmann, M.J. ve Steffenson, A. (2002). Patient safety: views of practicing physicians and the public on medical errors. The New England Journal of Medicine; 347:1933–40.

Bodur, S., Filiz, E., Çimen, A., Kapçı, C. (2012). Ebelik ve Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusundaki Tutumu. Genel Tıp Dergisi, 22:37-72.

Canbolat, Ç. (2011). Ameliyathane Hemşirelerinin Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliğine İlişkin Görüşleri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara

Christian, CK., Gustafson, ML., Roth, EM., Sheridan, TB., Gandhi, TK., Dwyer, K. (2006). A Prospective Study of Patient Safety in the Operating Room. Surgery; 139: 159-73.

Cooper, MD. (2000). Towards A Model of Safety Culture. Safety Science

Çakar, T. (2011) Güvenli Cerrahi İş Performans ve Kalite Koordinatörlü ü. HKS Eğitim Semineri. Trabzon

Çakır, A. (2007). Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi. Yüksek Lisans Tezi (yayınlanmamış)

Çakır, A., Tütüncü Ö., Kırılmaz, H. (Ed.). (2009). İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Cilt 2, Sayfa:189

Çakır, Z., Kırılmaz, H. (Ed.) (2009). Hasta Gözüyle Hasta Güvenliği, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Cilt 2, Sayfa: 145

Çiftlik, E.E., Çoban, D., Özkan, S., Kesmezacar, Ö., Durmuş, K.M. ve Kesgin, V. (2010). Sağlık Hizmeti ve Hizmet Teknikleri Eğitim Programlarının Çalışanlar ve Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. İstanbul'da II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı, Ankara: Baydan Ofset, 180-194.

Çil Eyi, S. (2012). Ameliyat Sırasında Uygulanan Hemirelik Bakımının Hasta ve Hemireler Tarafından Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları Hemireliği Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul

Dağolu, T. (2002). Cerrahi Hastada Ameliyat Öncesi Hazırlıkta Temel Prensipler. içinde: Genel Cerrahi. Ed: Kalaycı G, Cilt 1, 7. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s. 1-23.

Dang, D., Johantgen, M.E., Pronovost, P.J., Jenckes, M.W. ve Bass, E.B. (2002). Postoperative complications: Does intensive care unit staff nursing make a difference? *Heart&Lung: The Journal of Acute and Critical Care*; 31:219-28.

Daniels, SM. (2007). Protecting patients from harm: Improving hospital care for surgical patients. *Nursing*, 37 (8): 36-41.

Davies, JM. (2005). Team communication in the operating room. *Acta Anaesthesiol Scand*, 49: 898-901

Demir, F., Dramalı, A. (2005). Ameliyathanelerde ilaç Hataları. içinde: Ulusal Cerrahi Kongresi Cerrahi Hemireliği Sektörünü Panel ve Bildirileri Kongre Kitabı. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, s. 165-177.

Demiralp, Ö., Yormuk, E. (2004). Diatermi yanıkları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. Ankara, 57 (1): 25-30.

Dolgun, E., Taşdemir, N., Ter, N., Yavuz, M. (2011). Cerrahi hastalarının Ameliyat Öncesi Açık Kalma Sürelerinin incelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, Cilt 25, Sayı 1, Sayfalar 011-015

Dünya Sağlık Örgütü (WHO). (2011). Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi Mücadelesi, (www.performans.saglik.gov.tr/content/files/hastaguenlik/kuresel_hasta_guvenligi.doc) (Erişim tarihi: 11.09.2014)

Eastman, SM. (2006). Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations announces Patient Safety Goals. *Plastic Surgical Nursing*, 26 (3): 154-155.

Erdil, F. (2001). Cerrahi Hemireli i çinde: Cerrahi Hastalıkları Hemireli i. Eds: Erdil, F.; Elba , NÖ. 4. Baskı, Aydo du Ofset, Ankara, s.97-136.

Ertan, A. (2006). Adli Tıp Kurumu'nda De erlendirilen Olgularda Saptanan Anestezi Hataları ve Önlenebilirli i. M.Ü. Sa lık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, stanbul.

Ertem, G., Oksel E., Akbıyık A. (2009). Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile ilgili Retrospektif Bir nceleme, *Dirim Tıp Gazetesi* 2009; yıl: 84 sayı: 1 (1-10)

Flin, R., Yule, S., McKenzie, L., Paterson-Brown, S., Maran, N. (2006). Attitudes To Teamwork and Safety in the Operating Theatre. *Surgeon* 2006; 4(3): 145-151.

Filiz, E. (2009). Hastanede Hasta Güvenli i Kültürü Algılamasının ve Sa lık Çalı anları le Toplumun Hasta Güvenli i Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Sa lık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sa lı ı Anabilim dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya

Giddings, A., Catchpole, K., Hirst, G., Dale, T., Peek, G. (2008). De Leval MAMethod for Measuring Threats and Errors in Surgery. *Cognition, Technology and Work*; 10(4): 295-304.

Göçmen, Z. (2003). Ameliyathane Hemirelerinin Ameliyathane Hemireli i Oryantasyon Programı çeri ine li kin Görü lerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü, Hemirelik Esasları Bilim Uzmanlı ı Tezi, Ankara. (Yayınlanmı).

Göçmen, Z. (2004). Ameliyathane Hemirelerinin Ameliyathane Hemireli i Oryantasyon Programı çeri ine li kin Görü leri, Cumhuriyet Üniversitesi Hemirelik Yüksekokulu Dergisi, 8 (1): 12-24.

Gökdoğan, F., Yorgun, S., Yapıcı, M., Yıldırım, Y., Özdener, S., Mısırlıoğlu, N., Entürk, E. (2009). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemireler. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı cilt 2, 19-21 Mart 2009, Antalya; 96-104.

Göktaş, S. (2007). Bir Kamu Hastanesinde Hemire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi. Hemirelik Anabilim Dalı, İstanbul.

Greenberg, CC., Roth, EM., Sheridan, TB., Gandhi, TK., Gustafson, ML., Zinner, MJ., Dierks, MM. (2006). Making the operating room of the future safer. American Surgeon, 72 (11):1102-1108.

Gürel, A. (2012). Ameliyathanede Hasta Güvenliğine İlişkin Ameliyathane Hemiresinin Rolü, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” 2012.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulamasına Uyumun Değerlendirilmesi. (2014). www.qps-antalya.org/sites/default/files/sunum/92.pptx (Erişim tarihi: 21.10.2014).

Güven, R. (2007). Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı. 5.Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi 2007; 411-422.

Hurlbert, SN., Garrett, J. (2009). Improving Operating Room Safety. Patient Safety in Surgery; 3(25): 1-6.

Institute of Medicine. (2001) Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st Century. Washington DC: National Academies Press..

İlk, M., Akpolat M., Çimen, M. (2012). Hemirelerin Bakı Açısıyla Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 11: 421-430.

Joint Commission. Sentinel Event Statics. (2013) (<http://www.jointcommission.org/tr.jointcommissioninternational.org/improve/get-accredited-hospitals/>) (Erişim Tarihi:20.11.2014).

Joint Commission. Sentinel Event Statics. (2006). (<http://www.jointcommission.org/>) (Erişim Tarihi: 26/12/2011).

Kaafarani, H., Itani, K., Rosen, A., Zhao, S., Hartmann, C., Gaba, D. (2009). How Does Patient Safety Culture in the Operating Room and Postanesthesia Care Unit Compare to the Rest of the Hospital?. The American Journal of Surgery; 198: 70-75.

Kan Öntürk, Z., Eti Aslan, F. (2010). Ameliyat Sırasında Çocukları Bekleyen Tehlike: Cerrahi Alan Enfeksiyonları ve Kanıt Temelli Önlemler. Çocuk Enf Derg; 4: 29-33.

Kanan, N., Aksoy, G., Akyolcu, N. (2000). Ameliyathane Hemireli inde Oryantasyon Programlarının Önemi. Hemirelik Forumu, 3(6): 8-11.

Kaymakçı, . (2001). Ameliyathanede Karşılaşılan Yasal Sorunlar. içinde: 2. Ulusal Ameliyathane Hemireli i Sempozyumu Bildiri Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, zmir, s. 45-50.

Kohn, LT., Corrigan, JM., Donakdson, MS. (2000). Toerr is human: Building a safer healthsystem. Institute of Medicine. Washington, D.C: National Academy Press,(<http://www.google.com/books?hl=tr&lr=8id=JlnziznUyicC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Toerr+is+human+building+a+safer+health+system>). (Erişim tarihi=28.03.15).

Korkmaz, FD. (2009). Ameliyat Öncesi Uygulamalarda Kanıt Dayalı Uygulamalar. Yavuz, M., Özbayır, T., Korkmaz, FD., Kaymakçı, . (Editörler). 6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemireli i Kongresi Kongre Kitabı, zmir: Meta Basım: 22-27.

Kuma , H., ve Beyazta , F.Y. (2007). Türkiye’deki hekimlerin çalı ma ko ullarının irdelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 29: 123-127.

Kurutkan, MN. (2009). Ölümçül Hataları Engelleme Programı. Sage Yayıncılık, Ankara, 57-64.

Makary, MA., Sexton, JB., Freischlag, JA., Holzmueller, CG., Millman, EA., Rowen, L., Pronovost, PJ. (2006). Operating room teamwork among physicians and nurses: Teamwork in the eye of the beholder. J Am Coll Surg, 202 (5): 746-752. (www.jcipatientsafety.org) (Eri im tarihi: 06.08.08).

McKeon, LM., Cunningham, PD., Oswaks, JS. (2009). Improving Patient Safety Patient-Focused, High-Reliability Team Training. J Nurs Care Qual 2009; 24(1): 76-82.

McNutt, RA., Abrams, R., Aron, DC. (2002). For The Patient Safety Committee. Patient safety efforts should focus on medical errors. JAMA; 287:1997-2001.

Onganer, E., Bozkurt, B., Kılıç, M. (2014). Hastalar çin Hasta Güvenli i. Etlik htisas E itim ve Ara tırma Hastanesi, Ankara, 25(2):171-174.

Ö ün, B. (2008). Ameliyathanede Hasta Güvenli inin ncelenmesi. Marmara Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hem ireli i Anabilim Dalı Ameliyathane Hem ireli i. Yüksek Lisans Tezi, stanbul.

Özata, M., Altunkan, H., (2010). Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örne i Tıp Ara tırmaları Dergisi; 8, 100-111.

Pamir, A., Kaya, Z. (2006). Perioperatif Hem ire ile Cerrah leti imi. çinde: 3. Uluslararası Perioperatif Hem irelik Kongresi Program ve Özet Kitabı, Antalya, s.39-40.

Patient safety in the operating room. (2007). Hospitals & Health Networks (H&HN), 81 (3): 50-53. (www.jointcommission.org) (Eri im tarihi: 06.05.2015), (www.jcipatientsafety.org) (Eri im tarihi: 06.05.2015).

Pauniahoo, S., Lepojarvi, M., Peltomaa, K., Saario, I., Isojarvi, A., Malmivaaro, A. (2009). A Surgical Checklist Increases Patient Safety .

Performans Yönetimi ve Kalite Geli tirme Daire Ba kanlı 1. (2011). Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi Uygulama Kılavuzu.

Pool, S. (2009). Surgical Safety Checklists: A Gateway to Patient Safety (www.ORNurseJournal.com).

Richardson, W. (2006). Innovations in Patient Safety Management Bed sideNurses Assesment of Near Misses. Top Emerg Med; 28(2):154-160.

Rogers, A., Hwang, W., Scott, L., Aiken, L.,Dinges, D. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Affairs, 23-4.

Sa lıkta Nabız Dergisi. (2010). Cilt:7, Sayı: 25 (<http://www.nabizdergisi.org/pdf/25Sayi.pdf>) (Eri im Tarihi: 15/11/2014).

Saraç, A. (2009). Trabzon 1 Merkezinde Birinci Basmakta Çalı an Sa lık Personelinin Hasta Hakları, Hasta Güvenli i ve Kendi Hakları Hakkındaki Bilgi ve Tutumları. Yüksek Lisans Tezi, Trabzon, 2009 (Yayınlanmı).

Sayek, F. (2010). Hasta Güvenli i, Türkiye ve Dünya. TTB Raporları Kitapları Cilt 1, Sayfa: 17-19.

Seiden, S.C., Barach, P. (2006). Wrong-Side/Wrong-Site, Wrong-Procedure, and Wrong-Patient Adverse Events: Are They Preventable?, Archives of Surgery, 141:931-939.

Selimo lu, E., Biçen, Y.H. (2009). Hizmetçi E itimin Kurum ve Çalışanlar Üzerine Etkileri. Paradoks, Sosyoloji ve Politika Dergisi, 5(1).

Semel, M., Resch, S. (2010). Adopting A Surgical Safety Checklist Could Save Money and Improve The Quality of Care In U.S. Hospitals. No:9, 1593-1599.

Serbest, . (2010). Sağlıkta Stratejik Hedef = Hasta Güvenli i (http://www.acibademhemsirelik.com/edergi/yeni_tasarim/files/hasta%20g%C3%BCvenli%C4%9Fi_dergi_sehriban.pdf).

Stumpf, PG. (2008). Practical solutions to improve patient safety in the Obstetrics/ Gynecology office setting and in the operating room. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 35 (1): 19-35.

ahin, A. (2004). ntraoperatif Pozisyona Ba lı Komplikasyonların Belirlenmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, stanbul, (Danı man: Doç. Dr. Fatma Eti Aslan).

Tan, G. (2004). Elektrocerrahi Hakkında Ne Biliyoruz?. çinde: 2. Uluslar arası Perioperatif Hem irelik Kongresi Program ve Özet Kitabı, stanbul, s.104-105.

Tan, G. (2005). Ameliyathaneden Patoloji Laboratuvarına Materyal Gönderme Prensipleri. çinde: 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hem ireli i Kongresi Kongre Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, zmir, s. 479-483.

Ta , Y., Akpınar., ç i E. (2013). Kalite Yönetim Sistemi ile Hasta Güvenli i Kültürü li kisinin Belirlenmesine Yönelik Bir Ara tırma. Üniversite Hastanesi Örne i, (http://akademikpersonel.kocaeli.edu.tr/yunustas/bildiri/yunustas02.10.2013_18.11.13bildiri.pdf) (Eri im Tarihi:20.11.2014).

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlü ü Performans Yönetimi ve Kalite Geli tirme Daire Ba kanlı ı. (2011). Ankara,

(<http://www.performans.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=217>) (Erişim tarihi: 21/03/2014).

The Surgical safety checklist: A must for hospital performing surgery. 2009 April. Information and Privacy Commissioner of Ontario.

Thompson, PA., Novano, MB., Antonson, N. (2005). Patient safety: the four domains of nursing. Leadership Nurs Econ. 3-331.

Translating research into practice: Reducing Errors in Health Care. Agency for Healthcare Research and Quality, (<http://www.ahrq.gov/research/errors.htm>) (Erişim Tarihi: 13.3.2015).

Top, M., Gider, Ö., Taş, Y., Çimen, S., Tarcan, M. (2009). Hekimlerin Tıbbi Hata Nedenlerine Yönelik Yaklaşımları. Kocaeli İli Örneği. Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Antalya, 2:205-223.

Tuncel, U., Özgenel, G.Y. (2005). Thermal injury due to electrosurgery. Ulusal Travma Dergisi, 11 (1): 76-77.

Tunçel, K. (2013). Hemirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi ve Hasta Güvenliği Uygulamaları. Hemirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.

Türkiye’de Hemirelerin Çalışma Koşulları. (2008). Türk Hemireler Derneği Yayınları. Ankara.

Türkmen, E., Baykal, Ü., Seren, S., Altuntaş, S. (2011). Hasta Güvenliği Kültürü Ölçerinin Geliştirilmesi. Anadolu Hemirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14:4.

Uribe, C.L.S., Chweikhart, S.B. (2002). Pathak, D.S.P. Perceived Barriers To Medical Error Reporting: An Exploratory Investigation, Journal Of Health Care Management, 47: 263-279.

Uzun, Ö. (2009). Hastanelerde Hasta Güvenli ini Olumsuz Etkileyen Etmenler. V. Nörojiirüri Hem ireleri Kongresi, 17-21 Nisan, Girne, KKTC.

Uzunköy, A. (2004). Cerrahi Alan Enfeksiyonlarında Ameliyathanenin Rolü. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 1: 38-47.

Westby, M., Bullock, I., Gray, W., Lardner-Browne, C., Rashid, R. (2005). Perioperative fasting in adults and children. Royal College of Nursing; 1-16.

World Health Organization (WHO) (2008). The second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives. (www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/) (Eri im tarihi: (05.05.2015))

World Health Organization (WHO) (2010). A brief synopsis of patient safety. Available http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/111507/E93833.pdf. (Eri im tarihi: 22.10.2014).

Yavuz, M. (2012). Hasta Güvenli i, Cerrahi ve Ameliyathane Hem ireli inde Güncel Yakla ımlar. Adana.

Yavuz, M. (2010). Ameliyathane Hem ireli inde Güncel Yakla ımlar. 2 Ekim, zmir.

Yavuz, M. (2010). DSÖ'nün "Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarı" Kampanyası. (<http://www.medimagazin.com.tr/authors/meryem-yavuz/tr-dsonun-guvenlicerrahi-hayat-kurtarir-kampanyasi-72-101-2595.html>) (Eri im Tarihi: 20/02/2014).

Yıldırım, A., Aksu, M., Çetin, ., ahan, G. A. (2009). Tokat li Merkezinde Çalı an Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranı ları. Cumhuriyet Tıp Dergisi, 31: 356-366.

Yıldırım, Ö. (2005). Akreditasyon ve Hasta Güvenli i. SB Diyalog Dergisi. 2 (15): 34-38.

Yıldırım, S. (2010). Acıbadem Kadıköy Hastanesi. (http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/time%20outsibelber.pdf) (Erişim tarihi: 27.02.2014).

Yıldırım, D., Yılmaz, S. (2004). Bir Ameliyathanede Günlük Çalışması Gereken Hemşire Sayısının Belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi; 1, 2: 15-27.

Zenciroğlu, D. (2004). Perioperatif Hemşirelik Dökümantasyonu. içinde: 2. Uluslararası Perioperatif Hemşirelik Kongresi Program ve Özet Kitabı, İstanbul, s.28-31.

EK-1

ET K KURUL Z N YAZISI

EK-2

YAKINDO U Z N YAZISI

EK-3

SA LİK BAKALNİLİ İ Z N YAZISI

EK-4**AYDINLATILMI (B LG LEND R LM) ONAM FORMU****Ara tırmanın açıklaması:**

Bu çalı ma Yakın Do u Üniversitesi Hastanesi ve Devlet Hastanelerinin ameliyathanelerinde çalı an ekibin güvenli cerrahi konusunda görü ve uygulamalarının saptanması amacıyla yapılacaktır.

Ara tırma, KKTC’de Ameliyathanelerde verilen hizmetlerin niteli ini ölçmek ve gelecekteki hizmetlerin planlanması, geli tirilmesi ve yürütülmesi bakımından son derece önemlidir.

Ara tırmadan elde edilen veriler kimli iniz belirtilmeden sa lık alanındaki öğrencilerin e itiminde, ameliyathanedeki düzenlemelerde, bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dı nda bu veriler, kullanılmayacak ve ba kalarına verilmeyecektir. Bu çalı maya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size ek bir ödeme yapılmayacaktır.

Soru formunda sizinle ilgili kısa tanıtıcı bilgiler ve güvenli cerrahi kontrol listesine ili kin görü ve uygulamalarınızı içeren sorular bulunmaktadır. Ara tırma Yakın Do u Üniversitesi Sa lık Bilimleri Fakültesi Hem irelik Bölümü Ö retim Üyesi Doç. Dr. Ümran Dal tarafından koordine edilmektedir.

Ara tırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır.

Bu anketin güvenilirli inin, tarafsızlı ının ve amacına ula masının sa lanması için soruların dikkatli ve do ru cevaplandırılmasını rica ederim.

Katılımınız için te ekkür ederim.

Gül ah BEKTA
YDÜ SBF Hem. Bl. Yük. Lis. Ö rencisi
Lefko a/KKTC
Tel:0542 852 68 44

Katılımcının Beyanı:

Sayın yüksek lisans öğrencisi Gül ah Bekta tarafından, Yakın Do u Üniversitesi Sa lık Bilimleri Fakültesi Hem irelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hem ireli i Alanında bir ara tırma yapılaca ı belirtilerek bu ara tırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı.

Ara tırma sonuçlarının e itim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında ki isel bilgilerimin korunaca ı konusunda bana yeterli güven verildi. Gönüllü olarak çalı maya katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı:

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

mza:

Görü me Tanı ı:**Ara tırmacı:**

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

mza:

Katılımcı ile görü en

Adı, Soyadı: Gül ah Bekta
Adres: YDÜ-Hem irelik Bölümü
Tel: 03922236464
mza:

EK-5: Ameliyathane Ekibinin Tanımlayıcı Bilgileri

1-) Cinsiyetiniz?

- 1) Kadın 2) Erkek

2-) Ya ınız?

- 1) 18-30 2) 31-40 3) 41-50 4) 51-60 5) 61 ya üstü

3-) Çalış tı ınız kurum?

- 1) Üniversite Hastanesi 2) Devlet Hastanesi

4-) Mesle iniz?

- 1) Cerrah 2) Anestezist 3) Hem ire 4) Anestezi teknikeri 5) Anestezi hem iresi 6) Cerrahi teknikeri

5-) E itim düzeyiniz?

- 1) Meslek lisesi 2) Ön Lisans 3) Lisans 4) Lisans üstü

6-) Meslekte çalış ma süreniz?

- 1) 0-4 yıl 2) 5-9 yıl 3) 10-14 yıl 4) 15 yıl ve üstü

7-) Ameliyathanede çalış ma süreniz?

- 1) 0-4 yıl 2) 5-9 yıl 3) 10-14 yıl 4) 15 yıl ve üstü

8-) Günlük ameliyathanedeki cerrahi i lem (vaka) sayısı ne kadardır?

- 1) 1-5 vaka 2) 6-10 vaka 3) 11-15 vaka 4) 16 vaka ve üstü

9-) Güvenli cerrahi kavramı ile ilgili bilginiz var mı?

- 1) Hayır, yok 2) Evet, bilgilerimin yeterli oldu unu dü ünüyorum 3) Evet ama sınırlı bilgiye sahibim

10-) Güvenli Cerrahi konusunda hizmet içi e itim aldınız mı? (evet ise zaman belirtiniz)

- 1) Evet 2) Hayır

11-) Son dönemlerde ameliyathanelerde ne tür tıbbi hatalarla kar ıla ılıyor? (belirtiniz)

.....

12-) Ameliyathanedeki ekibin tıbbi hata yapması durumu ile kar ıla manız oldu mu?

- 1) Evet 2) Hayır

12.1.) Cevabınız evet ise ne gibi

hatalar.....

13-) Ameliyathanede tıbbi bir hata yaptınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

13.1.) Cevabınız evet ise ne gibi

hatalar.....

14-) Ameliyathanedeki tıbbi hataların hastaya /hasta yakınına açıklanmasını uygun buluyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

15-) Ameliyathanede tıbbi hataların bildirimci sağlık çalışanını olumsuz etkiler mi?

- 1) Evet 2) Hayır

16-) Ameliyathanede ekip kavramı oldu mu düşünüyorsunuz?

- 1) Evet 2-) Hayır

17-) Ameliyathanede tıbbi hataların olumsuz nedenlerinde sizin için en uygun olanı işaretleyiniz (1'den fazla işaretleyebilirsiniz)

- 1) Hekim sayısının az olması
- 2) Hemşire sayısının az olması
- 3) Ameliyatın yükü ve emri yükü zorlanması
- 4) Sağlık çalışanlarının ekip çalışmasına yatkınlığının olmaması
- 5) Sağlık çalışanlarının bireysel hataları
- 6) İletişim eksikliği
- 7) Bilgi eksikliği
- 8) İhtiyaçları sevmemesi
- 9) Sağlık çalışanlarının eğitimlerinin yetersizliği
- 10) Diğer.....(belirtiniz)

EK-6: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ile İlgili Uygulamalar ve Görüşler**I: Ameliyathaneye Girmeden Önceki Kontroller**

1. () Hastanın kimlik bilgileri, ameliyatı ve ameliyat bölgesi doğrulanır.	Çalıştığımız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı mı dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
2. () Hastanın rızası /onamı alınır.	Çalıştığımız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı mı dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
3. () Hastanın açlık durumu kontrol edilir.	Çalıştığımız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı mı dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
4. () Ameliyat bölgesi لازم halinde tıra edilir.	Çalıştığımız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı mı dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
5. () Hastada makyaj, oje, protez, derli e ya olup olmadığı kontrol edilir.	Çalıştığımız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı mı dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
6. () Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlü ü ve bonesi giydirilir.	Çalıştığımız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı mı dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
7. () Ameliyat öncesi gerekebilecek özel i lemlerin (lavman, varis çorabı, mesane kateterizasyonu) uygulanması gerekir.	Çalıştığımız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı mı dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
8. () Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlı ı doğrulanır.	Çalıştığımız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı mı dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
9. () Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut olur.	Çalıştığımız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı mı dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

II. Anestezi Verilmeden Önceki Kontroller

10. () Yapılacak ameliyat ve ameliyat bölgesi hastadan sözlü olarak onaylanır.	Çalıştığımız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı mı dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
11. () Hastanın kendisinden kimlik bilgileri, ameliyatı, ameliyat bölgesi ve ameliyat ile ilgili rızası alınıp doğrulanır.	Çalıştığımız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı mı dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
12. () Ameliyat bölgesinde i aretleme yapılır.	Çalıştığımız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı mı dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
13. () Anestezi güvenlik kontrol listesi tamamlanır.	Çalıştığımız kurumda uygulanıyor mu?	Do ru uygulandı mı dü ünüyor musunuz?

	1) Evet 2) Hayır	1) Evet 2) Hayır
14. () Pulseoksimetre hasta üzerinde ve çalı ır durumda oldu u kontrol edilir.	Çalı tı ınız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı ını dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

III. Hastanın Risk De erlendirmesine li kin Kontroller

15. () Hastanın bilinen bir alerjisi olup olmadı ı teyit edilir.	Çalı tı ınız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı ını dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
16. () Gerekli görüntüleme cihazları kontrol edilir.	Çalı tı ınız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı ını dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
17. () Hasta 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski açısından de erlendirilir.	Çalı tı ınız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı ını dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
18. () Hava yolu zorlu u kontrolü de erlendirilir.	Çalı tı ınız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı ını dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

IV. Ameliyat Kesisinden Önceki Kontroller

19. () Ekipteki ki iler kendilerini, ad, soyad ve görevleri ile tanıtır.	Çalı tı ınız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı ını dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
20. () Ekipten bir ki i sesli olarak hastanın kimli ini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini onaylar.	Çalı tı ınız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı ını dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
21. () Kritik olaylar gözden geçirilir.	Çalı tı ınız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı ını dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
22. () Profilaktik antibiyotik sorgulanır.	Çalı tı ınız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı ını dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
23. () Kullanılacak malzemelerin hazır olup olmadı ı kontrol edilir	Çalı tı ınız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı ını dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
24. () Malzemelerin sterilizasyon uygunlu u kontrol edilir.	Çalı tı ınız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı ını dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
25. () Kan ekeri kontrolü yapılır.	Çalı tı ınız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Do ru uygulandı ını dü ünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

26. () Gerektiğinde antikoagülan kullanımını olmalı.	Çalıştığınız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Doğru uygulandığını düşünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
27. () Derin ven trombozu profilaksisi gereklidir.	Çalıştığınız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Doğru uygulandığını düşünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

IV. Ameliyattan Çıkmadan Önceki Kontroller

28. () Alet, spanç /kompres ve diğer nesnelerin sayımları yapılır.	Çalıştığınız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Doğru uygulandığını düşünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
29. () Hastadan alınan numune etiketinde hastanın adının ve numunenin alındığı bölgenin doğru yazılıp yazılmadığı kontrol edilir.	Çalıştığınız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Doğru uygulandığını düşünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
30. () Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirilir.	Çalıştığınız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Doğru uygulandığını düşünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
31. () Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm doğru olur.	Çalıştığınız kurumda uygulanıyor mu? 1) Evet 2) Hayır	Doğru uygulandığını düşünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

- 32-) Güvenli cerrahi kontrol listesinin yararlarının neler olduğunu düşünüyorsunuz?
 Kontrol listesi size hasta veya işlem hakkında başka ekilde erişimeceğiniz bilgiler sağlar.
 Kontrol listesi ekip için problemleri ve belirsizlikleri belirleme konusunda bir fırsat sağlar.
 Kontrol listesi ameliyathanede anlaşmazlıkların uygun bir şekilde çözülmesini sağlar.
 Kontrol listesi anlaşılmayan bir şey olduğunda soru sorma kolaylığı sağlar.
 Kontrol listesi hasta bakım kalitesinin artmasını sağlar.
 Kontrol listesinin hasta güvenliğine katkısı var.
 Kontrol listesinin ekip içi iletişime katkısı var.
 Kontrol listesi ameliyat sonrası önerilerin gözden geçirilmesini sağlar.
 Kontrol listesi enfeksiyonu önleme konusunda yarar sağlar.
 Diğer.....

- 33-) Güvenli cerrahi kontrol listesi kullanımında karşılaşılan güçlükler nelerdir?
 Personel sayısı Zaman kısıtlılığı Yorumun teknoloji kullanımı
 Ekipte iletişim Yorumun yükü Görev dışı yüklenmesi
 Hasta sayısı Vaka sayısı Stres ve yorgunluk
 Diğer.....

- 34-) Güvenli cerrahi kontrol listesi doldurulmamasının nedenleri sizce nedir/nelerdir?
.....

- 35-) Ekleme istediğiniz herhangi bir şey var mı?
.....

EK-7: ÖZGEÇM

Gül ah BEKTA 1982 yılında zmir’de do du. İkö renimini Malatya’da, orta ve lise ö renimini Konya’da tamamladı. Selçuk Üniversitesi Sa lık Yüksekokulu Hem irelik Bölümü’den 2005 yılında mezun oldu. 2005 yılında Konya Eczacıba ı Baxter Diyaliz Merkezi’nde diyaliz hem iresi ve 2010 yılında K.K.T.C Tüp Bebek Merkezi’nde görev yaptı. 2012 yılından itibaren de Do u Akdeniz Üniversitesinde Okutman olarak görev yapmaktadır. 2013 yılında Yakın Do u Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü Hem irelikte Cerrahi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Pro ramı e itimine hak kazandı.

